

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Médicas



**Adesão ao regime terapêutico na pessoa com Enfarte
Agudo do Miocárdio: Contributo dos enfermeiros no
internamento hospitalar**

Ezequiel António Marques Pessoa

Mestrado em Saúde Comunitária

Lisboa,

Março de 2008

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Médicas



**Adesão ao regime terapêutico na pessoa com Enfarte
Agudo do Miocárdio: Contributo dos enfermeiros no
internamento hospitalar**

Ezequiel António Marques Pessoa

Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária
orientada pelo Professor Doutor José Amendoeira

RESUMO

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) representa um dos principais problemas de saúde pública em Portugal. A rápida intervenção nos factores de risco determinantes da saúde cardíaca pode ter um impacto positivo em vários indicadores de saúde. O objectivo final dessa intervenção passa por capacitar a pessoa, para que, autonomamente, adopte um conjunto de comportamentos de saúde, baseados em estilos de vida protectores da saúde cardíaca, que favorecem positivamente o processo de reabilitação. Esta procura e aquisição do comportamento de saúde, adesão ao regime terapêutico, deve ser desenvolvido em parceria com os profissionais de saúde.

O hospital representa a porta de entrada da pessoa com EAM no sistema de saúde. É neste contacto que se inicia uma intervenção de sensibilização e promoção da adesão ao regime terapêutico. Sendo os enfermeiros um grupo profissional que estabelece uma relação continua com a pessoa, importa conhecer um conjunto de dimensões do desempenho dos enfermeiros na promoção da adesão ao regime terapêutico.

Breve referência ao desenho de estudo

Foram incluídas no estudo 143 enfermeiros de 9 serviços hospitalares da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Os dados foram obtidos através de um questionário auto-preenchido.

Os dados mostraram que a população de enfermeiros é jovem ($M= 30,5$; $dp= 8,0$), 49% têm uma idade ≤ 26 anos e apresenta pouca experiência profissional ($M=7,7$; $dp= 7,6$), 48,2% exerce a profissão há menos de 3 anos. A antiguidade no serviço actual é reduzida ($M= 4,7$; $dp= 4,6$), 48,9% estão no serviço há menos de 2 anos. Os enfermeiros acreditam que deviam intervir com mais frequência nos factores de risco fisiológicos e comportamentais que nos factores psicossociais e ambientais; a confiança que têm nas capacidades para intervir nos factores de risco fisiológicos e comportamentais é maior que nos factores psicossociais e ambientais e no último ano, intervieram mais frequentemente nos factores de risco fisiológicos e comportamentais que nos psicossociais e ambientais. O “ensaio” da validação da escala de *Will scale* de Anderson *et al* (2004), sobre a capacidade de intervenção na saúde cardíaca, mostrou que o teste

de Esfericidade de *Bartlett* e Medida de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) permitiram a realização da análise factorial em componentes principais (AFCP). Da AFCP emergiram 16 factores, os mesmos que no estudo original de Anderson *et al* (2004), que revelaram boa consistência interna, com valores de alpha de Cronbach que variaram entre 0,71 a 0,98.

Os resultados revelam a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para valorizar a intervenção no âmbito dos factores de risco psicossociais e ambientais para promover a adesão ao regime terapêutico. Sugerem ainda que a intervenção baseada na evidência pode ser potenciada de forma a melhorar as práticas de cuidados dos enfermeiros.

Palavras-chave: EAM, determinantes da saúde, adesão ao regime terapêutico, competências.

ABSTRACT

Myocardial infarction (MI) is one of the most important problems in public health in Portugal.

A prompt intervention in cardiac health determinants means a positive impact in health outcomes, individually and collectively. The main purpose of this intervention lays on patient's empowerment so he or she becomes able to choose healthy behaviours, based on heart health protective life styles, and therefore to manage his/hers therapeutic regime.

This search and acquisition of health behaviours leading to therapeutic regime adherence may positively have an influence on the whole rehabilitation process and it must be developed in partnership with health workers.

MI patients' first contact with the Health System usually happens at the Hospital. Here the first steps are taken to start an intervention in order to promote therapeutic regime adherence.

Nurses are a group of health workers who establish a unique and continuous relation with patients, so it matters to have knowledge of their performance skills that can actually promote a healthy behaviours and increase therapeutic regime adherence.

Short Study design

The study sample includes 143 nurses working on 9 different hospital wards, belonging to the Lisboa and Tejo's Valley Health Region, in the district of Lisbon.

Data were collected through a self-administered questionnaire. It revealed that the nurses sample is a young population ($M=30,5$; $dp=8,0$), 49% of whom are aged less than 26 years old and has little professional experience ($M=7,7$; $dp=7,6$); 48,2% work as nurses for less than 3 years. There's a low percentage of seniority ($M=4,7$; $dp=4,6$), 48,9% of nurses work in these wards for less than 2 years.

Nurses believe they should have intervene more frequently in physiological and behaviour risk factors than in psychological, social and environmental factors; they have greater confidence in their ability to intervene in physiological and behaviour risk

factors than to intervene in psychological, social and environmental factors. In last year they took interventions more frequently in physiological and behaviour risk factors than in the other health determinants.

The Scale Validation “essay” on Will Scale (Anderson *et al*, 2004), about heart health intervention capacity, revealed that the Bartlett’s test sphericity and the Kaiser-Meyer-Olkin’s (KMO) appropriate sample measure allowed the factorial analysis on main components (FAMC). From FAMC emerged 16 factors, the same number found on Anderson’s *et al* (2004) study, revealing good internal consistence, with Cronbach’s alpha values that varied between 0,71 and 0,98.

The results point a need for nurses to attribute bigger value to other health determinants intervention - such as psychological, social and environmental determinants - so they’ll take part in promoting therapeutic regime adherence. The results also suggest that nursing interventions based on evidence can and should be improved in order to get better quality nursing care.

Key-Words: Myocardial infarction, adherence, therapeutic regime, Will scale.

ÍNDICE:

Agradecimentos.....	xi
Preâmbulo.....	xiii
Introdução.....	1
1. Enfarte Agudo do Miocárdio dados epidemiológicos de Portugal.....	1
2. Determinantes da saúde cardíaca.....	4
2.1. Factores de risco fisiológicos e comportamentais.....	5
2.2. Factores de risco psicossociais e ambientais.....	11
3. Adesão ao regime terapêutico.....	15
3.1. EAM: O desafio da doença crónica.....	16
3.2. Adesão: conceitos e pressupostos teóricos.....	17
3.3. Factores que interferem com a adesão.....	18
3.3.1. Informação, compreensão e conhecimentos.....	19
3.3.2. Intervenção nos factores de risco cardiovascular.....	21
3.3.3. Interacção entre utentes e profissionais de saúde: a relação terapêutica.....	23
3.3.4. Isolamento e suporte social.....	24
3.3.5. A não-adesão: grupos de risco.....	25
4. Competências dos enfermeiros na promoção da adesão ao regime terapêutico...	27
4.1. Intervenção após o EAM e a reabilitação cardíaca.....	28
4.2. A promoção da saúde.....	29
4.3. Gestão dos factores de risco do EAM.....	30

4.4. <i>Empowerment</i> e suporte social.....	31
4.5. Comunicação interprofissional.....	33
4.6. Actualização contínua de conhecimentos e valorização profissional.....	33
4.7. Políticas de saúde e orientações clínicas para a prática.....	34
5. Finalidades e objectivos do estudo.....	34
Metodologia de investigação.....	35
1. Tipo de estudo: considerações teórico-práticas.....	35
2. Amostra.....	36
3. Recolha de dados.....	38
3.1. Processo de construção do questionário.....	38
3.2. Variáveis do estudo.....	41
3.2.1. Sustentação das práticas de cuidados dos enfermeiros.....	41
3.2.2. Capacidade individual para a promoção da saúde cardíaca.....	43
3.2.3. Atitude dos enfermeiros face a estratégias de adesão ao regime terapêutico.....	46
3.2.4. Variáveis de identificação.....	49
3.3. Condições de aplicação do questionário.....	50
4. Análise dos dados.....	52
Apresentação dos resultados.....	55
1. Caracterização da amostra.....	55
1.1. Identidade de género.....	56
1.2. Idade.....	56
1.3. Habilitações académicas.....	57
1.4. Antiguidade na profissão.....	58
1.5. Antiguidade no serviço.....	58
1.6. Categoria Profissional.....	59

1.7. Horário semanal na instituição.....	59
1.8. Vínculo laboral com a instituição.....	59
2. Sustentação das práticas de cuidados dos enfermeiros.....	60
3. Will scale.....	64
3.1. Escala das Crenças.....	66
3.2. Escala da Confiança.....	72
3.3. Escala da Acção prévia.....	77
3.4. Desejo de intervenção no futuro.....	87
4. Atitude face a acções que aumentam a adesão ao regime terapêutico.....	90
Discussão dos resultados.....	95
Conclusões.....	107
Sugestões.....	109
Bibliografia.....	111
Apêndices.....	121
Apêndice 1 – Índice de tabelas e figuras.....	121
Apêndice 2 – Lista de Abreviaturas.....	125
Apêndice 3 – Contactos e pedidos de autorização às instituições hospitalares	127
Apêndice 4 – Questionário.....	133
Apêndice 5 – Estudo exploratório: guião da entrevista.....	147
Apêndice 6 – Testes estatísticos.....	151

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Amendoeira por ter acreditado sempre. Pelo estímulo contínuo e persistente. Pela amizade.

Aos professores do Mestrado em Saúde Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa, em especial ao Professor Doutor José Luís Castanheira pela disponibilidade e apoio.

À Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa e ao Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica pelo apoio e incentivo recebido ao longo deste percurso.

Às instituições que permitiram a realização do estudo nos seus contextos e aos enfermeiros que se disponibilizaram a participar no estudo, tornando-o possível.

Aos pais.

Aos amigos.

PREÂMBULO

O Enfarte Agudo do Miocárdio representa um dos principais problemas de saúde pública em Portugal. Não assume os contornos de outros países onde é a principal causa de morte, mas as mudanças sociais e comportamentais em curso no nosso país, como o abandono da dieta mediterrânea, o acentuar dos hábitos sedentários e o défice de actividade física podem vir a mudar o quadro epidemiológico num futuro próximo.

Individualmente a experiência de EAM pode ser devastadora. É o confronto com a morte. É o medo da recorrência. É o espectro da incapacidade. É a limitação física. São as restrições sociais que a doença impõe e a adaptação requer. É a necessidade de mudança da pessoa enquanto ser biológico, psíquico, social.

O episódio de EAM abre uma porta à pessoa no sistema de saúde: o meio hospitalar. É ali que se inicia o processo de reabilitação depois de estabilizadas as funções vitais. Este processo requer a aquisição de um conjunto de conhecimentos que permita à pessoa conhecer a doença e as implicações nos seus hábitos de vida. Requer também a aquisição ou potenciação de um conjunto de comportamentos de saúde compatíveis com a sua nova condição e que permitam uma vivência plena das capacidades físicas, afectivas e de relação social. É neste contexto que emerge a necessidade de adesão ao regime terapêutico; da necessidade de compatibilizar e harmonizar a vivência de uma nova realidade, a do EAM, com as exigências constantes em termos de procura de comportamentos de saúde. Mais, que seja a pessoa a assumir esta adaptação. Que seja capaz de decidir sobre a sua doença, ou melhor dizendo, sobre a sua saúde.

Foi em torno destas ideias e da reflexão sobre como poderia o enfermeiro integrar este quadro que surgiram um conjunto de questões.

Sendo o hospital a porta de entrada no sistema de saúde para a pessoa com EAM em que medida é que os enfermeiros contribuem para a adaptação da pessoa à nova

condição? Que áreas de intervenção valorizam? Em torno de que áreas desenvolvem a sua intervenção? Em que medida promovem a adesão ao regime terapêutico?

Através deste trabalho pretendeu-se fazer uma abordagem à intervenção hospitalar dos enfermeiros junto da pessoa com EAM, na perspectiva da adesão ao regime terapêutico, fazendo um diagnóstico da situação e eventualmente encontrar pistas que conduzam a estratégias de intervenção futuras que visem a melhoria dos cuidados prestados nesta área.

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como objectivo enquadrar teoricamente o problema da adesão ao regime terapêutico, na pessoa com EAM, no âmbito da intervenção intra-hospitalar dos enfermeiros.

O ponto de partida será a apresentação do quadro epidemiológico desta doença cardiovascular em Portugal com o objectivo de apresentar as características da população com EAM.

Seguidamente explorou-se um conjunto de factores que estão directa e indirectamente relacionados com a doença cardíaca, mortalidade ou morbilidade pós-EAM ou que contribuem para as desigualdades em termos de saúde cardiovascular, pelas iniquidades verificadas no acesso aos cuidados de saúde. Em relação a este último aspecto, explorou-se a implicação dos factores de ordem psicossociais e ambientais na doença cardíaca.

Por último desenvolveu-se o conceito de adesão ao regime terapêutico, pressupostos teóricos e factores que contribuem ou não para a sua promoção. Esta exploração teórica serviu de ponte para a identificação do conjunto de competências necessárias à intervenção intra-hospitalar dos enfermeiros tendo em conta os vários domínios que contribuem para a adesão ao regime terapêutico.

1. Enfarte Agudo do Miocárdio: Situação epidemiológica em Portugal

O EAM constitui a manifestação mais grave da doença coronária; foi a terceira causa de morte em Portugal em 2004 (8,7%) a seguir às neoplasias (22,3%) e ao acidente vascular cerebral (AVC) – (16,4%) – e representa 24% das mortes cardiovasculares (Alto Comissariado da Saúde, 2007; Direcção-geral da Saúde - DGS, 2006a).

A idade constitui um factor de risco do EAM. Em Portugal, a maioria das mortes ocorre em pessoas com idades ≥ 75 anos (62,4%); 20,8% ocorre na faixa etária dos 65-74 anos (DGS, 2006b).

O número de mortes é superior nos homens (54,8% vs 45,2%). Esta tendência estende-se a todas as faixas etárias à excepção da ≥ 75 anos onde o número de mortes nas mulheres é superior à dos homens (55,5% versus 44,5%) (DGS, 2006b). O número de mortes nos homens antes e depois dos 75 anos é aproximadamente igual (49,4% vs 50,6%). Nas mulheres, 76,7% das mortes ocorrem depois dos 75 anos de idade (DGS, 2006b).

Comparando os dados dos anos de 2000 e 2004 constata-se que o número de mortes por doença cardiovascular (DCV) desceu 9,5%, por doença vascular cerebral (DVC) 20% e por doença isquémica do coração (DIC) 1,4%. Os ganhos para as DIC foram mais reduzidos que para as DCV e DVC. Aliás, a percentagem de óbitos por DIC aumentou de 2000 para 2004 (8.5% para 8.7%), ou seja, o peso relativo da mortalidade por DIC é maior na mortalidade geral.

A taxa de mortalidade padronizada para a idade mostra assimetrias regionais segundo o Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007). A taxa de mortalidade padronizada para a idade pretende “eliminar os efeitos da diversidade da estrutura etária nas regiões a comparar. No método directo, as taxas são calculadas a partir dos óbitos esperados numa população padrão, com base nas taxas de mortalidade específicas das regiões a comparar. Neste caso foi utilizada a população padrão europeia” (DGS, 2006a).

A taxa de mortalidade padronizada (/100 000 habitantes) foi de 54,2 em Portugal, no ano de 2004 (DGS, 2006a). A Região de Saúde Lisboa e Vale do Tejo é a região que regista o valor mais elevado (74,5) e Lisboa a sub-região de saúde com o valor mais elevado (84,8) (DGS, 2006a).

Em Portugal, a principal fonte de conhecimento sobre a morbilidade hospitalar, em particular a que diz respeito aos internamentos hospitalares em estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem tido como principal fonte a base de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH). Os GDH são um “sistema de classificação de doentes internados constituído por múltiplas variáveis que, ao serem agregadas,

caracterizam um produto hospitalar correspondente a episódios de internamento que utilizam recursos semelhantes” (DGS, 2005). Para cada hospital os internamentos são classificados e agrupados em GDH (DGS, 2005).

A morbilidade hospitalar, avaliada pelo GDH *Doenças circulatórias c/EAM, sem grandes complicações, alta vivo*, permitiu estabelecer um quadro geral sobre a prevalência de EAM nos internamentos hospitalares. Dados de 2003 revelaram que este GDH se situou entre as 25 causas de internamento mais frequentes nas faixas etárias dos 45-64 e 65-74 anos. Nos homens o GDH encontra-se entre as 25 principais episódios de internamento (DGS, 2005).

Um estudo realizado por Duarte *et al* (2002) revelou uma maior incidência de EAM no sexo masculino (apenas 22% mulheres). Os dados revelaram também uma população em que a idade das mulheres é superior à dos homens (65,9 anos vs 60,3 anos). Morais *et al* (2001) identificaram uma população com idade média de 65,1 anos, com maior acentuação das diferenças nas médias de idades entre mulheres e homens (62,7 anos sexo masculino; 71,6 no feminino).

Os dados da mortalidade hospitalar mantiveram-se estáveis para os anos de 2004-2005. De salientar que os números foram relativamente semelhantes entre homens e mulheres e predominou nas idades superiores a 65 anos – Tabela 1 (Coordenador Nacional das Doenças Cardiovasculares, 2007).

Tabela 1: Mortalidade hospitalar por EAM em ambos os sexos, em idades inferiores a 64 anos e superiores a 65 anos em 2004/05

Ano	Mortalidade (% Internamentos)	Homens (% Mortalidade)	Mulheres (% Mortalidade)	<64 anos % Mortalidade	>65 anos (% Mortalidade)
2004	12.2%	52.2%	47.8%	12.8%	87.2%
2005	12.2%	51.0%	49.0%	11.7%	88.3%

Fonte: Coordenador Nacional das Doenças Cardiovasculares (2007)

2. Determinantes da saúde cardíaca

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares reconheceu como principais factores de risco individuais para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, e como tal do EAM, a tensão arterial elevada (HTA), a dislipidémia, os hábitos tabágicos, a alimentação inadequada (excesso de sal, gorduras e açúcar, ou carência de vegetais e leite), o excesso de peso / obesidade, o sedentarismo, a diabetes mellitus e o stress excessivo (DGS, 2003).

As próximas página apresentarão uma perspectiva da prevalência dos factores de risco cardiovascular, “tradicionais” (mencionados em cima), psicossociais e ambientais e respectivo impacto nos indicadores de saúde das populações.

A tabela seguinte resume os temas abordados nesta secção.

Tabela 2: Determinantes da saúde cardíaca

<u>Factores de risco fisiológico:</u> <i>HTA, dislipidemia e obesidade.</i>	A prevalência da HTA e da obesidade como problemas epidemiológicos crescentes em Portugal (INS, 2007); As deficiências no controlo e tratamento da HTA, dislipidémia e obesidade na população com doença cardíaca (Lunet e Barros, 2002; EUROASPIRE, 2001; Rato e Cardoso, 2006).
<u>Factores de risco comportamentais:</u> <i>Tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo</i>	Os elevados níveis de sedentarismo em Portugal (DGS, 2002) e modificação dos hábitos alimentares como factores determinantes das doenças cardiovasculares e potenciais complicações (DGS, 2003); O crescimento dos hábitos tabágicos entre as mulheres (INS, 2007) e manutenção do hábito após o EAM (EUROASPIRE; 2001; Rato e Cardoso, 2006).
<u>Factores de risco psicossociais:</u> <i>Falta de apoios sociais, stresse, baixa de auto-estima, baixo estatuto socio-económico</i>	A exposição a situações de stresse e incidência de EAM (Rosengren <i>et al</i> , 2004; Orth-Gomer <i>et al</i> , 2000); A sintomatologia depressiva e o risco de EAM (Barefoot e Schroll, 1996; Rosengren <i>et al</i> , 2004) e mortalidade (Barefoot e Schroll, 1996; Frasure-Smith <i>et al</i> , 2000; Romanelli <i>et al</i> , 2002); O défice de suporte social e o risco de DIC (Lett <i>et al</i> , 2005); O estatuto socio-económico e o risco de mortalidade por doença cardiovascular (Song <i>et al</i> , 2006; Alter <i>et al</i> , 1999), de recorrência de EAM (Rao <i>et al</i> , 2003) e de iniquidade no uso dos serviços de saúde (Song <i>et al</i> , 2006).

(cont.)

Factores de risco**ambientais:**

Pobreza, condições de trabalho, discriminação, e diferenças nos rendimentos (ricos/pobres)

As condições de trabalho e a incidência de EAM (Sokejima e Kagamimori, 1998) e o aumento da mortalidade cardiovascular (Matthews e Gump, 2002);
A importância dos rendimentos no acesso a cuidados de saúde (Alter *et al*, 1999);
As várias formas de discriminação em saúde: sexual, racial e em função da idade (Hedlund, 2007; Romanelli *et al*, 2002; Halm *et al*, 1999; Allen, 2004).

2.1 Factores de risco fisiológicos e comportamentais

A HTA é um dos mais importantes factores de risco modificáveis em pessoas com EAM (Yusuf *et al*, 2004).

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/2006 revelou a HTA como a doença crónica mais prevalente em Portugal Continental afectando 20,0% da população. Este número sofreu um agravamento face ao INS 1998/1999, onde a prevalência era 14,9%” (INS, 2007).

O elevado consumo de sal na população portuguesa pode explicar a elevada prevalência de HTA. Polónia *et al* (2006) concluíram que os níveis médios diários de ingestão de sal representavam o dobro do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Este aumento relacionava-se consistentemente com a elevação da pressão arterial observada nos sujeitos.

Alguns estudos expõem deficiências ao nível do diagnóstico, controlo e tratamento da HTA na população em geral e mais especificamente na população com DIC. Lunet e Barros (2002) estudaram 959 pessoas, residentes no Porto, com 40 ou mais anos de idade e concluíram que 58,9% da amostra era hipertensa. Este estudo mostrou que só uma parte dos indivíduos conheciam a sua condição de hipertenso (64,1%) e apenas 46,9% estavam medicados.

Os autores supracitados encontraram outras diferenças: o tratamento farmacológico foi mais frequente nas mulheres e estava associado a um maior conhecimento da condição de hipertenso no sexo feminino. Dados do INS 2005/06 (2007) confirmaram que o consumo de medicamentos para tratamento da HTA é maior nas mulheres (18,5% contra 12,5% nos homens). Segundo Lunet e Barros (2002) estes resultados podem reflectir o maior consumo de cuidados de saúde por parte das mulheres.

Outros estudos evidenciam deficiências ao nível do tratamento e controlo da HTA em utentes com elevado risco cardiovascular, nomeadamente DIC. O EUROASPIRE (2001) – estudo realizado em quinze países europeus entre 1999-2000 – acompanhou utentes com DIC, após um episódio de internamento hospitalar. Os dados recolhidos revelaram que as estratégias de prevenção secundária para controlo da HTA eram ineficazes: 50% dos utentes apresentavam HTA (Tensão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e /ou Tensão arterial diastólica ≥ 90 mmHg); o uso de terapêutica farmacológica para controlar este problema era inadequado (EUROASPIRE, 2001).

Rato e Almada Cardoso (2006) acompanharam uma população de alto risco cardiovascular seguida em consultas externas (hospitalares) de Cardiologia e obtiveram dados sobre a abordagem terapêutica em utentes com hipertensão. Concluíram que o controlo dos valores de tensão arterial era, em muitos casos, insuficiente, ultrapassando os valores indicados nas recomendações científicas (valores médios da tensão arterial sistólica foram sempre superiores a 140 mmHg, e de diastólica aproximadamente 80mmHg).

Os dados apresentados revelam insuficiências ao nível do diagnóstico, tratamento e controlo da HTA, um dos principais factores de risco modificáveis do EAM. O Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (PNPCDC) reconhece a urgência de intervir neste factor de risco. Enfatiza as estratégias para melhorar o diagnóstico e tratamento da HTA através da promoção da melhoria das práticas profissionais no que se refere à efectivação do diagnóstico, tratamento e vigilância do doente hipertenso, adesão à terapêutica, assim como a autovigilância e o autocontrolo da HTA e dos riscos associados (DGS, 2003).

A história de dislipidémia é dos mais importantes factores de risco modificáveis presentes em doentes com EAM (Yusuf *et al*, 2004). A redução e controlo da

dislipidémia promovem a regressão, ou pelo menos a não progressão, das placas de aterosclerose e contribuem para a redução da morbilidade e da mortalidade cardiovascular, em utentes dislipidémicos, de ambos os sexos, com ou sem doença coronária (DGS, 2003).

A associação da dislipidémia à HTA parece ter implicações significativas no risco de EAM: 31% dos EAM em doentes com HTA podiam ser atribuídos a níveis de colesterol ≥ 200 mg/dl (Glazer *et al*, 2005).

Alguns estudos revelaram deficiências no controlo dos níveis séricos de colesterol em populações com risco cardiovascular elevado. Os dados do EUROASPIRE (2001) mostraram 58% de utentes com DIC apresentavam colesterol sérico elevado, após a alta hospitalar. Ficou também evidente que o uso de terapêutica farmacológica para controlo dos níveis séricos lipídicos era inadequado. Também Rato e Almada Cardoso (2006) concluíram que o controlo dos valores de dislipidémia (colesterol total e das LDL) era insuficiente numa população de risco cardiovascular seguida em consultas externas de Cardiologia, ultrapassando os valores indicados nas recomendações científicas; os valores médios de colesterol total obtidos em 54,7% utentes foram sempre superiores a 200mg/dl) apesar do aumento de prescrição de estatinas neste grupo.

Este factor de risco pode não estar a ser valorizado pelos profissionais de saúde. O estudo de Rato e Almada Cardoso (2006) revelou deficiências no registo deste factor de risco: só foi possível monitorizar a evolução do colesterol total e colesterol LDL em 54,7% e 38,8% dos casos respectivamente.

Estes dados sugerem a necessidade de alterar práticas. O PNPCDC propõe a promoção da melhoria das práticas profissionais na efectivação do diagnóstico, tratamento e controlo da pessoa com dislipidémia (DGS, 2003).

A obesidade e o excesso ponderal estão directamente relacionados com um maior risco cardiovascular, pelo conjunto de doenças e estados mórbidos que favorecem, com referência especial para a diabetes *mellitus* tipo 2, contribuindo, também, para um acréscimo significativo da morbilidade e mortalidade por doença aterosclerótica e para uma diminuição da esperança de vida (DGS, 2003).

Na génese deste problema de saúde pública está a modificação dos hábitos alimentares ocorrido nas últimas décadas, como o maior consumo de carne e gordura saturadas e consequente redução de produtos como o azeite, peixe, vegetais e fruta, que favorecem o desenvolvimento de situações que contribuem para o aumento das doenças cardiovasculares e das suas potenciais complicações (DGS, 2003).

O excesso de consumo de gorduras, de sal, de açúcar e a baixa ingestão de frutos, legumes e vegetais, a par de níveis elevadas de ingestão calórica parecem constituir os principais problemas na área alimentar (DGS, 2002).

O excesso de peso e obesidade são problemas cuja dimensão epidemiológica tem vindo a crescer em Portugal. O INS 2005/2006 (2007) revelou que 18,6% da população continental, com 18 ou mais anos, tinha excesso de peso – Índice de Massa Corporal (IMC) iguais ou superiores a 27 e inferiores a 30Kg/m² – (20,8% nas mulheres, 16,6% nos homens) e 16,5% obesidade –IMC igual ou superior a 30 kg/m² – (16,9% nas mulheres, 16,0% nos homens). Comparativamente ao INS de 1998/1999 a população com obesidade cresceu 2,7 pontos percentuais (pp.), enquanto que a população com excesso de peso cresceu 0,5 pp. Os grupos etários a partir dos 45 anos de idade registam maior prevalência de pessoas com excesso de peso e obesidade (INS, 2007). Este dado é relevante para a prevenção cardiovascular uma vez que é a partir desta idade que os números de mortalidade e morbilidade relacionados com o EAM são mais expressivos.

Outro facto emergente é que este problema pode não estar a ser controlado e vigiado nas populações com risco cardiovascular conhecido. O EUROASPIRE (2001) revelou que 31% da população com DIC se mantinha obesa após a alta hospitalar. Em Portugal, Rato e Almada Cardoso (2006) encontraram números preocupantes numa população com risco cardiovascular elevado acompanhada em consultas externas de Cardiologia: o IMC médio destes utentes foi de 28,7 ($\pm 4,4$) e apenas 20% dos utentes tinham um IMC normal.

O INS 2005/2006 (2007) revela que os médicos e os enfermeiros podem estar a subestimar a comunicação do diagnóstico desta condição aos utentes: apenas em 64,2% dos casos estes profissionais foram a fonte da informação do diagnóstico da obesidade, enquanto que para outras doenças crónicas, como a HTA, foram a fonte primária de informação em 90% dos casos (INS, 2007). Também Rato e Almada Cardoso (2006)

encontraram deficiências ao nível dos registos do IMC: só conseguiram avaliar a evolução do IMC em 52,6% dos sujeitos com elevado risco cardiovascular seguidos em consulta externa de Cardiologia.

Outro facto preocupante está relacionado com a prevalência de diabéticos entre as pessoas com DIC e a ineficácia ao nível da prevenção secundária nestes indivíduos. Morais *et al* (2001) caracterizaram uma população de pessoas com EAM e identificaram 23% diabéticos. Internacionalmente, o EUROASPIRE (2001) revelou uma prevalência de diabéticos de 20% numa população com EAM e evidenciou deficiências ao nível do controlo dos níveis de glucose nestes pacientes, 72% apresentavam níveis > 126mg/dl.

Outro factor de risco das doenças cardiovasculares é o sedentarismo. Portugal é o País da União Europeia (EU) com níveis mais elevados de sedentarismo (DGS, 2002). Segundo o Inquérito Nacional de Saúde (1998-1999) “73% da população com 15 anos ou mais descreve a sua principal actividade de tempos livres como ler, ver televisão ou outras actividades sedentárias” (DGS, 2002).

O PAN-European Survey, efectuado sob coordenação da Comissão Europeia, revelou que, dos inquiridos (com mais de 15 anos), 61% afirmaram não despendem semanalmente nenhuma hora na realização de actividade física (DGS, 2002). Acresce ainda o facto de Portugal ser o país da União Europeia que mais consome calorias por dia e em que menos se anda a pé (Institute of European Food Studies 2000).

Estes dados traduzem-se num risco cardiovascular elevado na população portuguesa. O PNPCDC enfatiza a necessidade de promover a actividade física regular da população, em todos os grupos etários, como uma das medidas de maior impacto e com melhor relação custo-benefício na redução da incidência e da gravidade das doenças cardiovasculares (DGS, 2003). Alguns estudos reforçam esta ideia demonstrando o efeito benéfico do exercício físico regular, como medida de saúde pública útil, na diminuição do risco trombótico nos idosos (Veríssimo *et al*, 2001) e na diminuição do risco de EAM (Lopes *et al*, 2005).

Seguidamente, olhemos para um dos factores de risco mais importante no contexto das doenças cardiovasculares: o consumo de tabaco.

Em 2001, Portugal foi o país da UE que registou uma menor prevalência de fumadores e de consumo tabágico (DGS, 2002). Apesar da redução do consumo de tabaco nos últimos anos, na população em geral, tem-se assistido a um crescimento na população feminina. Estes dados são preocupantes uma vez que o tabaco reduz, significativamente, a protecção relativa aparentemente conferida pelos estrogénios (DGS, 2003).

A percentagem de fumadores na população com 10 ou mais anos de idade em Portugal decresceu de 20,6%, no INS 1998/99, para 19,6%, no INS de 2005/06. Assistiu-se também a um decréscimo na população masculina (32,0% para 28,7%); na população feminina registou-se um aumento de 10,1% para 11,2% (INS, 2007).

Também a cessação dos hábitos tabágicos tem sido mais marcada nos homens que nas mulheres. Nos dois últimos INS realizados (1998/1999 e 2005/2006), “a população masculina registou um aumento de cerca de 5 pontos percentuais (p.p.) na prevalência de ex-fumadores enquanto que nas mulheres foi de 2 p.p.” (INS, 2007).

Nas populações de risco os números associados ao consumo de tabaco são preocupantes. O EUROASPIRE (2001) revelou que 21% dos indivíduos com DIC mantinham hábitos tabágicos depois da alta hospitalar. Em Portugal, Rato e Cardoso (2006) concluíram que numa população de risco cardiovascular com acompanhamento nas consultas externas de uma unidade hospitalar 9,4% dos indivíduos mantinha hábitos tabágicos.

Wilson *et al* (2000), numa revisão da literatura, evidenciaram que a manutenção dos hábitos tabágicos, após o EAM, está associada a um aumento da mortalidade (8-54% nos fumadores, 4-37%, nos ex-fumadores). Soares e Vaz Carneiro (2002) demonstraram a associação entre o consumo de tabaco e o risco de recorrência de acidentes coronários na DIC.

Para Soares e Vaz Carneiro (2002) “o tratamento da dependência do tabaco é considerado o *gold-standard* das terapêuticas preventivas e deve tornar-se parte integrante dos cuidados de saúde, constituindo um modelo de boa prática clínica”. Esta medida deve ser acompanhada por estratégias de mobilização dos profissionais de saúde (DGS, 2002). Soares e Vaz Carneiro (2002) reforçam esta ideia ao salientar que “uma percentagem significativa dos actuais fumadores está disposta a deixar de fumar,

criando uma enorme responsabilidade para todos os prestadores de cuidados de saúde, que devem estar à altura do desafio.”

Para além da problemática do fumo activo importa também referir os riscos associados ao fumo passivo. O fumo passivo, no ambiente familiar e locais de trabalho, assume papel determinante na morbilidade cardiovascular, “constituindo, hoje, o principal poluente evitável do ar interior” (DGS, 2002). As estratégias de intervenção terão que ultrapassar as fronteiras da intervenção individual e ter-se-á que assegurar mecanismos legais de protecção das comunidades, defende a DGS (2002). As medidas de regulação do consumo de tabaco em espaços públicos introduzidas este ano, podem ter um impacto positivo como estratégias de protecção das comunidades do fumo passivo em relação a este factor de risco cardiovascular.

2.2 Factores de risco psicossociais e ambientais

As variáveis psicossociais são mais difíceis de definir objectivamente que os factores de risco cardiovasculares tradicionais e como tal é mais difícil avaliar o seu contributo na etiologia da DIC (Rosengren *et al*, 2004). No entanto, são vários os estudos que reforçam a associação entre os factores de risco psicossociais e a doença cardíaca, nomeadamente o EAM.

São inúmeros os estudos que demonstram uma associação entre a exposição a situações de stresse e o risco de EAM.

As relações no lar também parecem ter um impacto na doença cardíaca. Os indivíduos com EAM apresentaram uma maior exposição a situações de stresse frequente em casa que o grupo controle (11,6% vs 8,6%); este padrão repetiu-se quando se reportaram a situações de stresse permanente em casa (3,5% vs 1,9%) (Rosengren *et al*, 2004). Orth-Gomer *et al* (2000) realizaram um estudo prospectivo em mulheres com DIC e encontraram relação positiva entre o nível de stresse conjugal e a recorrência de eventos cardíacos.

Nas situações de stresse induzidas por acontecimentos adversos de vida no último ano (falência de negócios, conflitos familiares graves, perda de emprego e morte do

cônjuge) verificou-se um risco aumentado de EAM em ambos os sexos (16,1% vs 13%) (Rosengren *et al*, 2004).

A depressão é uma doença com implicações no desenvolvimento e prognóstico do EAM. Rosengren *et al* (2004) demonstraram que a depressão era mais frequente em indivíduos com EAM que nos controlos (24% vs 17,6%). Este trabalho evidenciou ainda que as pessoas que reportaram sentirem-se tristes ou deprimidas, continuamente durante duas semanas ou mais, tinham maior risco de EAM. Também Barefoot e Schroll (1996), num estudo prospectivo de 27 anos, concluíram que a sintomatologia depressiva estava associada a um risco aumentado de EAM e mortalidade por todas as causas, em ambos os sexos.

A depressão pós-EAM também está associada a um aumento da mortalidade cardíaca um ano após o episódio de EAM, revelou o estudo de Frasure-Smith *et al* (2000). Este trabalho mostrou que o suporte social não se associou directamente à sobrevivência pós-EAM, no entanto, a associação entre depressão e mortalidade cardíaca era menor nas pessoas com maior suporte social, um ano após o EAM. Os indivíduos idosos deprimidos têm um risco quatro vezes superior de morrer após o EAM (Romanelli *et al*, 2002).

Outros estudos reforçam o papel do suporte social no risco de DIC. Lett *et al* (2005) realizaram uma revisão da literatura sobre o papel do suporte social no desenvolvimento e progressão da doença coronária. Globalmente, os estudos evidenciaram uma associação entre níveis baixos de suporte social e o desenvolvimento de doença coronária, quer na população saudável quer na população com doença coronária (risco 1,5-2 superior). Os autores não conseguiram clarificar os tipos de suporte social que estavam relacionados com estes resultados pela diversidade com que o suporte social foi conceptualizado e avaliado.

Outro factor de risco cardiovascular é o estatuto socio-económico. Os estudos apontam para uma realidade: os mais ricos são mais saudáveis e os mais pobres mais doentes.

Alguns estudos revelaram que um estatuto socio-económico desfavorável aumentou o risco de mortalidade por doença cardiovascular (Song *et al*, 2006 e Alter *et al*, 1999) e a taxa de recorrência de EAM, no período de 30 dias a 6 meses (Rao *et al*, 2003).

Song *et al* (2006) concluíram que o número de casos fatais entre homens com elevado estatuto socio-económico era significativamente reduzido, após a admissão hospitalar. Para os autores estes números expõem um problema: a iniquidade no uso dos serviços de saúde contribuiu, parcialmente, para as desigualdades na mortalidade cardiovascular.

Noutro estudo, Alter *et al* (2006) concluíram que os rendimentos económicos estavam inversamente relacionados com a taxa de mortalidade dois anos após EAM, apesar desta associação ser mediada pela idade, eventos cardíacos no passado e os factores de risco cardiovascular. No entanto, o estudo evidenciou que as diferenças encontradas na mortalidade cardiovascular, entre os mais ricos e mais pobres, podem ser diminuídas através de uma gestão mais eficaz dos factores de risco cardiovascular em pessoas com rendimentos económicos mais baixos.

O papel do estatuto socio-económico também se reflecte ao nível da acessibilidade aos cuidados de saúde. Alter *et al* (1999) concluíram que o estatuto socio-económico, avaliado pelo rendimento médio da área de residência, influenciava acesso a serviços cardíacos especializados (angiografia coronária). Por exemplo, passar da região com rendimento médio mais baixo para a de mais elevado, representa um aumento de utilização de 23% de procedimentos cardíacos invasivos e uma diminuição no tempo de espera de 45%. Também foi identificada uma relação inversa entre rendimento financeiro e mortalidade um ano após EAM: um aumento médio de \$10,000 (dólares) no rendimento médio da área de residência estava associado a uma redução de 10% no risco de morte um ano após EAM.

O estudo de Rao *et al* (2003) também revelou que os sujeitos com síndromes coronárias agudas com baixos rendimentos tiveram mais dificuldades no acesso ao diagnóstico e tratamento (revascularização coronária, angiografia coronária e uso de fármacos). No entanto o estudo revelou outros dados: os indivíduos com baixos rendimentos tendem a ser idosos (média 65 anos, reformados e com pensões sociais baixas), mulheres *não casadas*, com elevada prevalência de algumas doenças crónicas (HTA, diabetes e Insuficiência cardíaca).

Estes estudos sublinham a importância das desigualdades sociais como factores contributivos para as desigualdades observadas nos indicadores de saúde cardiovascular.

Outro factor que parece assumir relevância no desenvolvimento e prognóstico da doença cardíaca são as condições em que os sujeitos exercem a sua ocupação.

Nos indivíduos com EAM, com actividade profissional mantida, a prevalência de situações frequentes de stresse ocupacional foi mais elevada que os controlos (23% vs 17,9%); o mesmo aconteceu nos indivíduos que reportaram situações de stresse permanente no último ano (10% vs 5%) (Rosengren *et al*, 2004).

O número de factores de stresse no trabalho também está relacionado com um aumento da mortalidade cardiovascular (Matthews e Gump, 2002). Os sujeitos que apresentavam três ou mais factores de stresse ocupacionais tiveram um risco aumentado de morte cardiovascular (risco relativo 1,26). Também a condição de divorciado representou um factor de risco para morte cardiovascular (risco relativo 1,37) relativamente aos solteiros e casados.

Sokejima e Kagamimori (1998) avaliaram a relação entre o número de horas de trabalho e o risco de EAM numa população masculina. Concluíram que a média diária de horas de trabalho influenciava o risco de EAM. Os indivíduos que trabalhavam mais de 11 horas diárias apresentavam um risco mais elevado que os que trabalhavam em média 7-9 horas. O aumento do número médio de horas no ano que precedeu o EAM contribui significativamente para o EAM: um aumento > 3 horas representa um maior risco de EAM relativamente a um aumento \leq 1 horas.

Hammar *et al* (1998) concluíram que as ocupações profissionais caracterizadas por baixa capacidade de decisão, tensão elevada e suporte social diminuídos estavam associadas a um risco elevado de EAM.

Alguns grupos parecem ser mais vulneráveis em termos de saúde cardiovascular. A entrada nos sistemas de saúde e as abordagens terapêuticas também parecem ser diferentes.

Os imigrantes parecem apresentar um risco acrescido para o desenvolvimento de EAM. Hedlund (2007) concluíram que a taxa de incidência de EAM dos imigrantes da Suécia eram superiores à dos nativos (Risco Relativo 1,17; 95% IC). Este risco persistiu por vários anos e não era explicado por factores socio-económicos.

Richards *et al* (2002) descobriram que os pacientes com dor pré-cordial, socialmente desfavorecidas e com risco cardiovascular elevado (história familiar e elevada prevalência de factores de risco), recebem menos cuidados de saúde na resolução deste quadro clínico.

Romanelli *et al* (2002) perceberam que aos indivíduos idosos com depressão tiveram menos medicamentos prescritos (beta-bloqueantes ou estatinas), responsáveis pela redução da mortalidade pós-EAM, no momento da alta hospitalar, comparando com os idosos não deprimidos.

As taxas de referência para programas de reabilitação cardíaca (após episódios de EAM ou cirurgia de revascularização do miocárdio) são menores nas mulheres que nos homens (Halm *et al*, 1999). Estes resultados podem ser explicados, em parte, pelas diferenças de idades observadas entre homens e mulheres.

Allen (2004) avaliaram se existiam diferenças na referência e inscrição de mulheres afro-americanas e brancas para programas de reabilitação cardíaca depois de terem alta hospitalar por angioplastia, revascularização miocárdio e EAM. Verificaram que a referência e inscrição de mulheres com rendimentos mais baixos para programas de reabilitação cardíaca era menor (<\$20,000). As mulheres afro-americanas tendem a ser menos referenciadas e inscritas que as *brancas*.

3. Adesão ao regime terapêutico

A tabela 3 resume os conceitos teóricos e pressupostos práticos desenvolvidos nesta sessão e implicados na temática da adesão ao regime terapêutico.

Tabela 3: Adesão ao regime terapêutico: pressupostos teóricos e práticos

A doença crónica	O EAM e a reacquirição do equilíbrio: convivência autónoma com a doença (Silveira e Ribeiro, 2005).
Adesão: conceitos e pressupostos teóricos	<i>Adherence</i> e <i>compliance</i> e as diferenças atribuídas ao poder das pessoas e profissionais de saúde na relação terapêutica (Evangelista, 1999; Cameron, 1996; Leite e Vasconcellos, 2002); A não adesão e o compromisso da efectividade do sistema de saúde (Evangelista, 1999).

(cont.)

**Factores que interferem
com a adesão**

A importância da informação, compreensão e dos conhecimentos (Gassner *et al*, 2002; Alm-Roijer *et al*, 2004; Meischke *et al*, 2002; Mahler *et al*, 1999);

A intervenção sistematizada nos factores de risco cardiovasculares: mudança de estilos de vida: a alimentação, cessação tabágica, exercício físico e gestão de stresse (Ornish *et al*, 1998; Schuler *et al*, 1992; Veríssimo *et al*, 2001; Lopes *et al*, 2005; Wilson *et al*, 2000; Soares e Vaz Carneiro, 2002; DGS, 2003)

Interação entre utentes e profissionais de saúde: a relação terapêutica (Cameron, 1996; AACPR, 1999; Liberman e Rotarius; 1999; Aish e Isenberg, 1996; Beswick *et al*, 2005; Wyer *et al*, 2001);

O suporte social e o isolamento (Cameron, 1996; Beswick *et al*, 2005; Little e Lewis, 2006);

A problemática da não-adesão e os grupos de risco- idosos, mulheres, baixo nível de educação, baixo rendimento familiar, défice cognitivo, depressão e défice de conhecimentos (Poirier *et al*, 2006, Kyngäs e Lahdenperä, 1999; Hanna e Wenger, 2005; Kristofferzon *et al*, 2003 Taylor *et al*, 1998; Romanelli *et al*, 2002).

3.1 EAM: O desafio da doença crónica

A doença provoca um desequilíbrio na pessoa, confrontando-a com a sua vulnerabilidade e o limite da condição humana. Passada esta fase, como é próprio do homem, a pessoa readquire o equilíbrio que no caso da doença ser crónica passa por viver e conviver autonomamente com esta condição (Silveira e Ribeiro, 2005).

A abordagem à pessoa com doença crónica deve favorecer a adaptação a esta condição, para que com os seus próprios recursos, desenvolva mecanismos que permitam conhecer o seu processo saúde/doença de modo a identificar, evitar e prevenir complicações, agudizações, e sobretudo, a mortalidade precoce (Silveira e Ribeiro, 2005).

É neste contexto que surge a adesão ao regime terapêutico, um elemento de relevância no sucesso dos cuidados e que constitui um desafio aos profissionais de saúde e utentes.

A adesão ao regime terapêutico “é um processo multifactorial que se estrutura numa parceria entre quem cuida e quem é cuidado”, remete para o uso que as pessoas fazem dos medicamentos prescritos, como seguem as orientações sugeridas e que modificações introduzem ao nível dos estilos de vida diários de forma a reequilibrar a sua saúde (Silveira e Ribeiro, 2005).

No entanto, alguns dados evidenciam défices no sistema de provisão de cuidados e o insucesso das estratégias de promoção da adesão dos utentes ao regime terapêutico proposto. Por exemplo, o EUROASPIRE (2001), realizado em quinze países europeus entre 1999-2000, revelou uma elevada prevalência de estilos de vida desajustados, factores de risco modificáveis e uso de terapêutica farmacológica inadequado em pessoas com história de doença coronária, após a alta hospitalar (EUROASPIRE, 2001).

Estes dados reforçam a necessidade de melhorar as práticas preventivas na área da cardiologia, através de uma intervenção mais eficiente nos estilos de vida, controlo de outros factores de risco e um melhor o uso de terapêuticas farmacológicas de forma a reduzir a morbilidade e mortalidade coronária (EUROASPIRE, 2001). Indirectamente, os dados reforçam também a necessidade de melhorar a adesão dos utentes ao regime terapêutico proposto.

3.2 Adesão: conceitos e pressupostos teóricos

Na literatura anglo-saxónica existem vários termos associados ao termo adesão. Cada um atribui um poder diferente aos profissionais de saúde e utentes na relação terapêutica. Os termos mais utilizados são *adherence* e *compliance*.

Compliance foi definida por Haynes (1979), citado por Evangelista (1999), como o grau em que o comportamento da pessoa, ou seja, a toma da medicação, a adopção de um regime alimentar ou as mudanças nos estilos de vida, coincide com o aconselhamento dos profissionais de saúde. Este termo reforça o papel paternalista e autoritário dos profissionais (Evangelista, 1999; Cameron, 1996) face a um sujeito passivo e pressupõe obediência por parte dos utentes.

Adherence sublinha a escolha livre das pessoas de adoptarem ou não uma recomendação (Leite e Vasconcellos, 2002). Pressupõe que o utente não seja apenas um sujeito passivo, conformado aos conselhos do médico, mas que o faz intencionalmente com um sentido de lealdade e de fidelidade (Evangelista, 1999).

Um outro termo relacionado com adesão é *therapeutic alliance*. Para Madden (1990), citado por Cameron (1996), *therapeutic alliance* refere-se ao processo de interacção entre os dois sujeitos. Cameron (1996) salienta que a relação entre profissionais de saúde e a pessoa decorre num processo contínuo de socialização e que pode conter elementos referentes aos três termos.

Para Evangelista (1999) os enfermeiros são desafiados a escolher um processo interactivo que estabeleça uma parceria com os doentes e que permita às pessoas utentes escolher e controlar a decisão sobre realizar ou não um comportamento prescrito. Silveira e Ribeiro (2005) esperam que a acção dos profissionais de saúde se centre na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos, que alie orientação, informação e adequação dos esquemas terapêuticos aos estilos de vida das pessoas, esclarecimentos, suporte social e emocional.

De facto a adesão representa um grande desafio para os sistemas de saúde nos dias de hoje. A não adesão compromete a efectividade dos regimes terapêuticos uma vez que implica o não alcance dos objectivos terapêuticos, resultando numa condição mais precária para os utentes e no uso ineficaz dos recursos de saúde (Evangelista, 1999).

3.3 Factores que interferem com a adesão

O conhecimento dos factores que interferem com a adesão permite, aos profissionais de saúde, uma maior capacidade de gerir eficientemente este problema e de proporcionar as condições mais favoráveis para que as pessoas possam integrar as propostas terapêuticas propostas, no decurso da relação terapêutica, no seu dia-a-dia.

3.3.1 Informação, compreensão e conhecimentos

As intervenções centradas na educação e nos processos de aprendizagem do doente continuam a ser centrais na prática dos cuidados de saúde. A American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation – AACPR – (1999) atribui uma grande relevância à intervenção educacional, durante a fase intra-hospitalar (AACPR, 1999). O plano de intervenção educacional inicia-se na avaliação inicial, quando são identificados os factores de risco cardiovascular e a compreensão que o doente tem da sua doença. Esta avaliação permite identificar necessidades ou défices de conhecimentos e definir uma intervenção, na qual a informação representa o eixo central (AACPR, 1999).

No entanto alguns trabalhos parecem indicar que o papel dos profissionais de saúde pode estar a ser inadequado a este nível. Stewart *et al* (2000) avaliaram o suporte social num grupo de utentes com EAM e seus respectivos cônjuges e um dado emergente foi a percepção de baixo suporte informativo recebido por parte dos profissionais de saúde. Meischke *et al* (2002) concluíram que a fonte primária de informação consultada por um grupo de mulheres após o EAM foi os média, seguindo-se os profissionais de saúde.

Alguns estudos salientam o défice de conhecimentos apresentado pelos utentes com doença cardíaca e reforçam necessidade de intervir a este nível. Gassner *et al* (2002) concluíram que 18% de utentes com história de angina ou EAM atribuíam ao quadro sintomático da doença uma base não cardíaca. Estes autores perceberam ainda que os utentes não relacionavam alguns factores de risco “major” cardiovascular como determinantes da doença, como por exemplo, a HTA, colesterol, sedentarismo e a diabetes.

A informação representa um vector importante na adesão às propostas terapêuticas e consequente mudança comportamental. Becker (1979), citado por Cameron (1996), concluiu a transmissão de informação, mediada pela motivação, influenciava a adesão. Segundo o autor, a motivação é preponderante neste processo dado que determina esse comportamento. Nos indivíduos motivados para aderir mas sem conhecimento dos procedimentos a seguir, a provisão de informação pode ser benéfica; mas nos indivíduos com conhecimentos mas insuficientemente motivados, informação adicional sobre o regime terapêutico é improvável que aumente a adesão.

Alm-Roijer *et al* (2004) avaliaram em que medida os conhecimentos sobre os factores de risco cardiovascular influenciavam a adesão a estilos de vida saudáveis (e consequentemente alcance dos objectivos terapêuticos) e ao regime farmacológico, num grupo de utentes com doença coronária. Concluíram que o nível de conhecimentos geral se correlacionou positiva e significativamente com os seguintes objectivos terapêuticos: IMC, nível de actividade física, gestão do stress, dieta, níveis séricos de colesterol, e adesão à medicação anti-hipertensora. Não foi encontrada correlação com os níveis de glicemia, tensão arterial, hábitos tabágicos e adesão às estatinas e anti-diabéticos orais.

Por seu lado, Meischke *et al* (2002) encontraram uma relação entre a transmissão de informação e o conhecimento sobre EAM num grupo de mulheres. Os autores concluíram que quanto maior o número de fontes informativas consultadas, maior era o conhecimento que apresentavam em relação ao EAM, quadro sintomático e maior era a percepção dos riscos cardiovasculares. Sugeriram que os sujeitos com EAM deveriam ser expostos a múltiplas fontes informativas.

A avaliação do nível de compreensão que as pessoas fazem da informação transmitida é um factor preponderante na adesão. A AACPR (1999) sugere algumas intervenções para aumentar a eficácia na transmissão e compreensão da informação. A avaliação inicial do doente pode ser um momento ideal para identificar o seu padrão de linguagem, pela descrição que faz dos sinais e sintomas da doença e pode permitir, no futuro, que a transmissão de informação possa ser adequada ao seu nível de linguagem, aumentando a eficácia da comunicação e consequentemente da compreensão da pessoa.

Outra estratégia parece passar pelas estratégias de reforço e complemento da informação transmitida. A distribuição de prospectos informativos, panfletos e outros materiais, como por exemplo vídeos, permite o reforço, complemento e validação da informação transmitida. AACPR (1999) salienta que estes materiais podem ser formas alternativas de transmissão de informação podendo ser adequados às preferências das pessoas. Cameron (1996) sugere a utilização de *feed-back* para validação da compreensão da informação.

Mahler *et al* (1999) submeteram um grupo de doentes, sujeitos a *bypass* coronário, a um vídeo (com informação sobre o período de recuperação) e registaram um aumento da adesão ao regime de actividade física e alimentar.

3.3.2 Intervenção nos factores de risco cardiovascular

Alguns estudos têm demonstrado que a integração de pessoas com elevado risco cardiovascular em programas de intervenção nos factores de risco tem tido um impacto positivo na mortalidade e morbilidade cardiovascular. Estes programas centram a sua intervenção mudança de comportamentos como por exemplo, a alimentação, exercício físico e gestão de stresse e permitem um acompanhamento e suporte social a longo prazo.

Ornish *et al* (1998) concluíram que a adesão a um programa de intervenção nos estilos de vida, centrado na mudança comportamental, constituído por uma dieta pobre em gorduras (10% de gordura/dieta vegetariana), exercício aeróbio, treino de gestão de stresse, cessação tabágica e suporte psicossocial teve um impacto positivo na regressão da placa aterosclerótica coronária no primeiro ano de programa. Essa diminuição foi mais evidente passados 5 anos.

Schuler *et al* (1992) avaliaram os efeitos de um programa de exercício físico intensivo (sessões formais: mínimo 2 horas/semana e exercício físico no domicílio: 20 minutos/dia) e dieta pobre em gorduras e colesterol em alguns factores de risco cardiovascular. Após um ano registaram-se as seguintes alterações nos participantes: diminuição de 5% do peso; de 10% no colesterol total, de 24% nos triglicéridos e a subida de 3% no HDL. Também se registaram melhorias (reduzidas) na perfusão coronária.

Alguns trabalhos demonstram os benefícios do exercício físico sobre o risco trombótico e, conseqüentemente, sobre o risco cardiovascular.

Veríssimo *et al* (2001) avaliaram o efeito do exercício físico regular sobre o risco trombótico num grupo de idosos (65-94 anos). Submeteram um grupo de idosos a um programa de exercício físico durante 8 meses, com a intensidade de 60-80% da frequência de reserva cardíaca, composto por três sessões semanais em dias alternados e com a duração de 60 minutos cada. Os resultados obtidos revelaram uma diminuição significativa de factores de risco trombótico (fibrinogénio, factor VII e viscosidade plasmática), o que permitiu concluir que “o exercício físico regular diminui o risco trombótico nos idosos, podendo contribuir para a diminuição dos acidentes cardiovasculares neste escalão etário”.

Outras evidências suportam o papel protector da actividade física face ao risco de DIC. Lopes *et al* (2005) avaliaram o efeito da actividade física na ocorrência do EAM, tendo em conta diferentes níveis de intensidade e tipos de dispêndio energético, em ambos os sexos. Nas suas conclusões afirmam:

“Este estudo mostra um efeito protector da actividade física na ocorrência de EAM, independentemente de outros factores clássicos de risco, e particularmente evidente para dispêndios crescentes com actividades de lazer ou desportivas. Para estas actividades, o benefício máximo foi observado no sexo masculino para dispêndios medianos de 5,0 equivalente metabólico (MET¹), correspondente a duas horas por dia a andar a pé calmamente ou uma hora por dia a caminhar a passo apressado ou ainda 30 minutos por dia a correr. No sexo feminino, o benefício máximo observou-se para níveis de intensidade que eram aproximadamente metade (2,5 MET) dos descritos nos homens. Não se observou o mesmo efeito protector para dispêndios aumentados em actividades profissionais, tendo mesmo os indivíduos com profissões que exigem actividade pesada uma tendência de risco aumentado da doença.”

(Lopes *et al*, 2005).

A cessação tabágica é outra medida importante após o EAM. Wilson *et al* (2000) realizaram numa revisão da literatura e encontraram resultados que evidenciaram que a cessação tabágica se associou a uma diminuição na mortalidade após o EAM. A taxa de mortalidade variou entre 4-37%, nos grupos cessantes, e entre 8-54% nos que mantiveram os hábitos tabágicos. O risco relativo foi reduzido entre 15-61% e o risco absoluto 1,2-27,5%. Soares e Vaz Carneiro (2002) salientam que as pessoas com DIC que deixam de fumar vêem o seu risco de acidentes coronários recorrentes ou morte rapidamente reduzidos. Cerca de metade dos benefícios ocorre no primeiro ano após cessação tabágica, seguindo-se um declínio gradual do risco durante vários anos, até atingir o nível dos que nunca fumaram. O risco de ocorrência de acidentes coronários no ex-fumador sem doença coronária, ao fim de 10 anos de ter deixado de fumar, é semelhante ao de um não fumador (DGS, 2003).

¹ Unidade que mede gastos de energia aproximados. Tem por base a energia despendida em repouso correspondente ao valor de 1,0 MET. Às actividades de intensidade leve (estar de pé e andar sem outra actividade, limpar a casa, fazer compras, tratar dos filhos, jardinagem, caminhar lentamente, golf, bilhar) foram atribuídos 2,5 MET; às actividades de intensidade moderada (estar de pé e andar mas subir escadas e carregar objectos, polir o chão, bricolage, agricultura, caminhar apressado, ténis, dança, natação e ciclismo) foram atribuídos 5,0 MET.

Face a estes dados a DGS (2002) alerta para a necessidade de se desenvolverem estratégias de mobilização dos profissionais de saúde em torno da cessação tabágica (DGS, 2002). Soares e Vaz Carneiro (2002) reforçam esta ideia ao salientar que “uma percentagem significativa dos actuais fumadores está disposta a deixar de fumar, criando uma enorme responsabilidade para todos os prestadores de cuidados de saúde, que devem estar à altura do desafio.”

3.3.3. Interacção entre utentes e profissionais de saúde: a relação terapêutica

A intervenção dos profissionais de saúde pode ter um efeito positivo ou negativo sobre a adesão. A qualidade da interacção entre os profissionais de saúde e a pessoa está relacionada com o grau de participação do doente na intervenção terapêutica.

Cameron (1996) considera essencial os profissionais de saúde compreenderem e considerarem as prioridades pessoais das pessoas para definirem o regime terapêutico. As *guidelines* de intervenção intra-hospitalar da AACPR (1999) validam esta perspectiva e sugerem a participação da pessoa na determinação de intervenções e na participação das decisões terapêuticas. Os objectivos pessoais do doente para a fase de reabilitação devem ser identificados, determinando necessidades de intervenção, facilitando a adesão e adaptação após o evento cardíaco.

Lieberman e Rotarius (1999) defendem a formulação de um contracto terapêutico “comportamental” como estratégia para aumentar a adesão ao regime terapêutico. Segundo os autores esta estratégia pressupõe formulação de um acordo entre os profissionais de saúde e as pessoas onde são definidas as responsabilidades e expectativas de ambas as partes no contrato. Para além disso, são descriminadas as acções ou comportamentos que os utentes têm de realizar no decurso da relação terapêutica. No entanto, os autores sugerem que esta estratégia deve ser suportada com outras iniciativas: educação, participação e suporte social.

Leslie e Schuster (1991) não encontraram diferenças na adesão nos indivíduos que assumiram compromisso formal para realizar um programa domiciliário de actividade

física, no entanto, estes indivíduos apresentaram níveis de conhecimentos mais elevados nessa área.

Um estudo de Aish e Isenberg (1996) provou que a implementação de estratégias de *self-management* aumentou a adesão aos estilos de vida saudáveis. Os autores avaliaram os hábitos alimentares de um grupo de utentes e implementaram um plano nutricional individualizado com metas estabelecidas, monitorizando este processo através de contacto telefónico. Os autores registaram uma melhoria nos hábitos alimentares e redução do consumo de gorduras saturadas.

Outras estratégias, enquadradas numa lógica de intervenção motivadora, como o contacto telefónico, o envio de cartas ou a distribuição de panfletos estão relacionadas com um aumento da adesão aos regimes terapêuticos (Beswick *et al*, 2005). Por exemplo, Wyer *et al* (2001), concluíram que o envio de uma carta motivadora três dias e três semanas após o EAM aumentou o recrutamento em programas de reabilitação cardíaca.

3.3.4. Isolamento e suporte social

As mudanças ocorridas nos sistemas de saúde, de uma intervenção centrada nos cuidados médicos para um modelo centrado na auto-gestão da pessoa, particularmente na doença crónica, reforçam o papel do suporte familiar e de outros sistemas sociais na adesão ao regime terapêutico (Cameron, 1996).

A família ou pessoas significativas do doente devem ser envolvidas precocemente nos cuidados. A AACPR (1999) defende a participação da família na gestão dos factores de risco com o objectivo de estimular e suportar as mudanças do doente, por exemplo, deixar de fumar, ou integrar um programa de exercício físico, etc. A avaliação inicial do doente permite recolher dados sobre a história familiar e socio-económica (estado civil, pessoas significativas e situação laboral) e identificam os utentes em risco de isolamento social (AACPR, 1999).

O suporte social pressupõe a continuidade da relação terapêutica no tempo após a alta hospitalar de forma a assegurar a continuação da reabilitação do utente e aumentando a adesão ao regime terapêutico.

Beswick *et al* (2005) realizaram uma revisão da literatura e identificaram alguns trabalhos, baseados em estratégias de suporte social, que aumentaram a adesão ao regime terapêutico: *a)* a participação dos cônjuges em programas de reabilitação cardíaca aumentou a participação dos utentes (Earling e Oldridge, 1985); *b)* uma conversa que motivou a participação de um grupo de utentes num programa de reabilitação cardíaca antes da alta hospitalar, seguido de um contactado telefónico 4 semanas após a alta, aumentou a participação em programas de reabilitação cardíaca (Hillebrand *et al*, 1995); *c)* o contacto domiciliário com voluntários que tinham participado previamente em programas de reabilitação cardíaca e acompanhamento do utente à primeira sessão de reabilitação cardíaca aumentaram a participação nos programas (Osika, 2001); *d)* a participação num grupo de psicoterapia, no qual os utentes eram estimulados a expressar sentimentos e a promoverem mudanças em comportamentos de não-adesão produziu um aumento na adesão às sessões de actividade física (Lack, 1986).

Little e Lewis (2006) revelam que os indivíduos com doença cardíaca valorizam o suporte social da família e amigos como um factor importante na adesão ao exercício físico. No entanto, alguns referiram que os familiares e amigos apresentam níveis de ansiedade muito elevados quando eles realizam exercício físico. Os utentes sugeriram que seria importante que os seus familiares e amigos compreendessem os benefícios do exercício físico para a saúde cardíaca de modo a reduzir a sua ansiedade.

3.3.5. A não-adesão: grupos de risco

Na literatura alguns grupos apresentam um risco mais elevado de não adesão aos regimes terapêuticos.

Poirier *et al* (2006) realizaram uma revisão da literatura sobre os factores de adesão na doença cardiovascular e resumiram algumas características psicológicas e psicossociais

que se relacionaram com a não adesão a programas de reabilitação cardíaca/comportamentos de saúde: ser idoso, mulher, ter um baixo nível de educação, um rendimento familiar baixo, défice cognitivo, depressão e apresentar défice de conhecimentos.

Kyngäs e Lahdenperä (1999) avaliaram a adesão ao regime terapêutico em indivíduos hipertensos e concluíram que níveis educacionais elevados e ser mulher aumentavam a adesão ao regime alimentar proposto. Em relação à cessação tabágica, o estado civil e o tamanho da família correlacionam-se significativamente com a adesão. As pessoas que vivem sozinhas têm hábitos tabágicos mais acentuados.

Hanna e Wenger (2005), num trabalho de revisão da literatura sobre a provisão de cuidados de prevenção secundária em pessoas com doença cardiovascular, concluíram que os idosos estão mais predispostos à depressão e ao isolamento social, e têm uma maior probabilidade de ter um estatuto socio-económico mais baixo que os indivíduos mais jovens. Os autores referiram que estas características podem influenciar negativamente a participação em programas de reabilitação e a adesão ao aconselhamento dos profissionais de saúde e à terapêutica farmacológica.

Kristofferzon *et al* (2003) realizaram uma revisão da literatura sobre as diferenças de género observadas ao nível do suporte social em pessoas com EAM. Concluíram que as mulheres recebem menos informação sobre a doença e processo de reabilitação em comparação com os homens. As mulheres reportam menor suporte social no primeiro ano após o EAM, nomeadamente dos cônjuges.

A depressão pode influenciar a adesão ao regime terapêutico. Taylor *et al* (1998) avaliaram o impacto da depressão após o EAM na adesão ao regime terapêutico e na modificação dos factores de risco. Concluíram que a depressão não influenciava a participação e conclusão de um programa de reabilitação cardíaca, nem influenciava as alterações no regime dietético e nos hábitos de exercício físico. No entanto, as pessoas com depressão apresentavam maior prevalência de hábitos tabágicos. Os indivíduos com depressão apresentavam ainda: *a*) menor qualidade de vida (maior prevalência de sintomas como a angina, dispneia e fadiga); *b*) maior morbilidade (maiores taxas de re-hospitalização, e maior número de visitas ao médico assistente); *c*) maior taxa de

desemprego e *d*) menor rendimento económico. As mulheres apresentam maiores índices de depressão.

Nos idosos deprimidos com EAM a adesão ao regime terapêutico está comprometida. Romanelli *et al* (2002) concluíram que os indivíduos deprimidos tinham uma probabilidade menor de aderir a uma dieta pobre em gorduras/colesterol ou dieta diabética, medicação, exercício regular, redução de stresse e de aumentar o suporte social. Os autores concluíram ainda que a estes indivíduos era prescrita menos medicação para reduzir a mortalidade pós-EAM (beta-bloqueantes ou estatinas) no momento da alta hospitalar.

4. Competências dos enfermeiros na promoção da adesão ao regime terapêutico

Este capítulo tem como objectivo identificar e descrever o quadro de competências dos enfermeiros na promoção da adesão ao regime terapêutico em pessoas com EAM. A revisão teórica foi suportada pelo trabalho teórico em torno das competências realizado por Patrícia Benner (2005) e pela Ordem dos Enfermeiros (2003) e pelos contributos da American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (1994). Foram considerados outros trabalhos, nomeadamente documentos que exploram o conteúdo funcional dos enfermeiros na intervenção após o EAM, nomeadamente a reabilitação cardíaca.

A tabela seguinte resume os conteúdos explorados nesta secção.

Tabela 4: Domínios de competências do enfermeiro na adesão ao regime terapêutico

Intervenção após o EAM e a reabilitação cardíaca	A promoção dos processos de readaptação da pessoa: modificação dos factores de risco pela introdução de medidas nos estilos de vida (SIGN, 2000; Vagueiro, 2004; McAlister <i>et al</i> , 2001; AACPR, 1999; Child, 2004; Stokes, 2000).
Promoção da saúde	A função de educação e de orientação (Benner, 2005; AACPR, 1994).
Gestão dos factores de risco do EAM	O conhecimento e identificação dos factores de risco cardiovascular e determinar objectivos apropriados para cada um deles (AACPR, 1994).

(cont.)

Empowerment e suporte social	O dar poder ao indivíduo, família e comunidade para a adopção de estilos de vida saudáveis (OE, 2003; Benner, 2005).
Comunicação interprofissional	O reconhecimento dos limites da sua intervenção e promover a intervenção de outros profissionais de saúde (AACPR, 1994).
Actualização contínua de conhecimentos e valorização profissional	A aprendizagem ao longo da vida e o desenvolvimento de competências (OE, 2003).
Políticas de saúde e orientações clínicas para a prática	A compreensão das políticas de saúde (OE, 2003) e o uso das orientações clínicas nacionais apropriadas (AACPR, 1994).

4.1. Intervenção após o EAM e a reabilitação cardíaca

A reabilitação cardíaca é uma disciplina que estrutura uma intervenção, num contínuo temporal, em utentes com alterações cardiovasculares, nomeadamente com EAM e cujos contributos podem ser importantes na definição de um quadro de competência de intervenção.

A intervenção após um EAM inicia-se no internamento hospitalar. Numa fase inicial, a gestão centra-se na estabilização fisiológica das funções vitais e consequente redução da mortalidade e complicações pós-EAM. Posteriormente, a intervenção direcciona-se para os processos de readaptação do utente após o EAM, que passa pela modificação dos factores de risco, a introdução de medidas nos estilos de vida (Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN - 2000).

Vagueiro (2004) defende que no internamento hospitalar deve ser iniciado a educação da pessoa e o seu tratamento de forma a assegurar a sua adesão às recomendações clínicas apropriadas. A autora defende que o benefício máximo dessa intervenção passa pela redução do risco cardiovascular, conseguido pela manutenção e modificação do estilo de vida no período após a alta. A educação centrada nos factores de risco cardiovascular tem um impacto positivo em vários indicadores de saúde e qualidade de vida de pessoas que vivem com doença coronária (McAlister *et al*, 2001).

Nos últimos anos, os profissionais de saúde têm vindo a aumentar a consciência que a mudança de estilos de vida pode afectar favoravelmente a progressão da doença arteriosclerótica na doença coronária, facto pelo qual têm aumentado as acções de

educação e o aconselhamento (American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation, 1999).

Os enfermeiros assumem um papel importante na reabilitação cardíaca pelo carácter holístico da profissão, contacto contínuo que mantêm com os utentes e pelas competências interpessoais que possuem, incluindo as capacidades de aconselhar e motivar os utentes na mudança dos estilos de vida (Child, 2004 e Stokes, 2000).

Seguidamente mobilizar-se-ão alguns autores no sentido de definir o conjunto de competências necessárias aos enfermeiros para responder às necessidades dos utentes com EAM, durante o internamento hospitalar no sentido de aumentar a adesão ao regime terapêutico. Entre estas destacam-se as relacionadas com a educação para a saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis, a gestão dos factores de risco cardiovascular, o suporte social, a comunicação interprofissional e as políticas de saúde/orientações clínicas para a intervenção.

4.2. A promoção da saúde

A educação para a saúde, centrada nos processos de ensino e aprendizagem dos utentes, é uma área de intervenção dos enfermeiros após o EAM, no internamento hospitalar.

A AACPR (1994) refere que os profissionais de saúde, envolvidos no trabalho de reabilitação cardíaca, devem *demonstrar um conhecimento dos princípios básicos de educação, teorias de aprendizagem e métodos de aconselhamento*. Para além disso, é referida a necessidade de *demonstrarem técnicas de instrução e aconselhamento competentes através de uma variedade de métodos, estratégias e tecnologias úteis na promoção da mudança de comportamentos*.

O trabalho de Benner (2005) é um contributo para a definição do conteúdo funcional do enfermeiro nesta área de intervenção. A autora descreveu a *Função de educação e de orientação* como um dos domínios de competências dos enfermeiros. Mais especificamente definiu que os enfermeiros deviam ter as seguintes competências nessa função:

a) O momento – saber quando o doente está pronto a aprender: “saber em que medida está aberto às informações, decidir quando o fazer, mesmo quando ele não parece

pronto, são aspectos chave para que um doente seja educado eficazmente” (Benner, 2005).

b) Ajudar os doentes a interiorizar as implicações da doença e da recuperação no seu estilo de vida: “em situações de cuidados em que tudo o que se pode esperar é uma deficiência temporária ou permanente, a enfermeira ajuda muitas vezes os doentes a tirar o melhor partido das suas capacidades para continuarem a levar uma vida activa e aceitável” (Benner, 2005).

c) Saber compreender como o doente interpreta a sua doença: “dar-lhes a ocasião de se exprimir nesse ponto, respeitando ao mesmo tempo a interpretação, pode ter um papel importante na experiência que tem o doente sobre a sua doença, assim como a sua cura” (Benner, 2005)

d) Fornecer uma interpretação do estado do doente e explicar as razões dos tratamentos: “a enfermeira deve avaliar até que ponto o doente precisa de informações e quer ser informado. Ela deve, portanto, encontrar um vocabulário que o doente possa entender. Por vezes, ela deve também admitir os limites da sua própria compreensão” (Benner, 2005).

4.3 Gestão dos factores de risco do EAM

A DGS (2003) refere que “a evidência científica tem demonstrado que muitas das atitudes dos profissionais de saúde são determinantes para o sucesso de uma efectiva prevenção cardiovascular”. Refere ainda que, dado o carácter multifactorial das doenças cardiovasculares, é fundamental, “na prática profissional diária, o cálculo sistemático do risco global cardiovascular, avaliando, em cada indivíduo, o seu risco cardiovascular relativo, absoluto e projectado, de forma a, atempadamente, poder ser induzida a modificação de um ou mais factores de risco.”

O conhecimento dos factores de risco cardiovascular e o reconhecimento do impacto no EAM são competências fundamentais na problemática da adesão. A AACPR (1994) refere que os profissionais de saúde devem demonstrar “uma compreensão dos aspectos bio psicossociais que afectam a adesão às várias estratégias de adesão e desenvolve um plano integrado de tratamento” no estabelecimento de objectivos para o utente.

A AACPR (1994) define ainda que os profissionais de saúde em reabilitação cardíaca devem *demonstrar uma compreensão da interacção dos factores de risco cardíaco e o seu possível impacto na progressão da doença*.

Outra competência definida está relacionada com a identificação dos factores de risco e estilos de vida associados. Assim, a AACPR (1994) define como competência a *recolha de história e evidências físicas relevantes para determinar os factores de risco não modificáveis (idade, sexo, etc) ou modificáveis (tensão arterial, níveis séricos de lípidos, consumo de tabaco, glicemia/história de diabetes, IMC)*. Depois de identificados os enfermeiros devem *demonstrar a capacidade para determinar objectivos apropriados para cada um dos factores de risco que necessita de modificação* (AACPR, 1994).

Ao nível dos factores e risco psicológico, a AACPR (1994) sugere que devem ser avaliados os *níveis de stresse relacionado com os acontecimentos de vida diários e resposta fisiológica (frequência cardíaca e tensão arterial) aos stressores diários*. Na sua intervenção o enfermeiro deve *demonstrar competência em explicar e promover gestão de stresse apropriado e técnicas de relaxamento que facilitadoras da reabilitação e capacidades para dar suporte em utentes com alterações psíquicas (depressão, ansiedade)*.

Ao nível da intervenção social a AACPR (1994) define como fundamental os profissionais de saúde *avaliarem nos utentes a presença de capacidades interpessoais importantes para a adaptação psicossocial à doença e/ou presença de patologia psíquica*.

4.4 Empowerment e suporte social

O papel da ajuda é outro domínio de competências sugerido por Benner (2005) cujo contributo pode ser relevante na adesão ao regime terapêutico. Uma das competências do enfermeiro neste domínio é *Optimizar a participação do doente para que ele controle a sua própria recuperação*. Esta competência sugere por um lado a integração da pessoa na relação terapêutica, de forma activa, e a sua capacitação (autonomização) para gerir futuramente o regime terapêutico no seu dia-a-dia – *empowerment*. O *empowerment* é reforçado pela OE (2003) através da competência *Actua de forma a dar*

poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis do domínio *Promoção da saúde*. A perspectiva da competência definida pela OE é mais abrangente que a defendida por Benner uma vez que vai mais além que a perspectiva individual dirigindo-se também à intervenção na família e comunidade.

A questão do suporte social é central nesta área de intervenção. A AACPR (1994) refere que uma das competências dos profissionais de saúde é a *avaliação do nível de suporte social (qualidade e quantidade)*. A intervenção deve ser orientada pela competência em *envolver os membros familiares ou outros significativos, quando apropriado, no aconselhamento para aumentar o suporte social* (AACPR, 1994).

A participação da família no processo de decisão terapêutica é central. A OE (2003) reforça esse aspecto num conjunto de competências definidas para o enfermeiro de cuidados gerais: *a) formula um plano de cuidados, sempre que possível em colaboração com os clientes e/ou cuidadores; b) estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível em colaboração com os clientes e/ou cuidadores; c) “identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.* Neste conjunto de competências a presença da família/cuidadores no centro de cuidados é contínua ao longo da relação terapêutica.

Benner (2005) também reforça o papel da família nos cuidados de saúde na competência *Proporcionar apoio afectivo e informar as famílias dos doentes* do domínio *O papel de ajuda*. Esta competência revela-se importante na adesão ao regime terapêutico na medida em que aumenta o suporte social das pessoas e proporciona um ambiente psicossocial favorável à mudança nos estilos de vida. A OE (2003) define outra competência similar à definida por Benner (2005) centrada na questão do suporte social – *Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação*.

As competências centradas na relação interpessoal e na comunicação com utentes e seus significativos são outro domínio importante no contexto da adesão ao regime terapêutico. A OE (2003) refere que o enfermeiros deve comunicar *com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder*. A AACPR (1994) refere que deve demonstrar *capacidades interpessoais com os utentes e seus significativos*.

4.5 Comunicação interprofissional

A intervenção multidisciplinar desempenha um papel importante na eficiência na utilização dos recursos humanos na saúde e consequentemente na adesão ao regime terapêutico.

Os profissionais de reabilitação cardíaca devem reconhecer os limites da sua intervenção e solicitarem e promoverem a intervenção de outros profissionais. A AACPR (1994) definiu duas competências relacionadas com a comunicação interdisciplinar: demonstrar compreender as circunstâncias em que é apropriada a referência para outros profissionais de saúde e consultar outros membros da equipa de saúde para realizar uma avaliação de necessidades específicas. Estas competências são reforçadas pela OE (2003) que refere que o enfermeiro *consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais*.

O estabelecimento de uma relação dentro da equipa multidisciplinar é reforçado pela competência *demonstra capacidades interpessoais com os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao utente* (AACPR, 1994).

A AACPR (1994) define que os profissionais de saúde devem desenvolver um programa educacional de gestão do exercício físico, alterações dietéticas, cessação tabágica e gestão de stresse em conjunto com a equipa multidisciplinar.

4.6 Actualização contínua de conhecimentos e valorização profissional

A actualização contínua de conhecimentos é condição essencial para o desenvolvimento profissional. OE (2003) no domínio desenvolvimento profissional sugere um conjunto de competências relacionadas com a valorização profissional. Por exemplo, define as competências *Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde* e ao nível da formação contínua *Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências*.

4.7 Políticas de saúde e orientações clínicas para a prática

Uma competência definida pela OE (2003) relevante no domínio da *Promoção de saúde* é *Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais*. A AACPR (1994) define como competências dos profissionais de saúde integrados na equipa de reabilitação cardíaca *Demonstra um uso apropriado das orientações clínicas nacionais de cuidados em termos de políticas, procedimentos e práticas para a implementação segura e efectiva do tratamento, monitorização e ajustamento das intervenções para atingir/alcançar as necessidades individuais do utente*. Estas duas competências sugerem a necessidade da intervenção do enfermeiro ser enquadrada na política de saúde do país, inserida num contexto socio-económico próprio, e que dá resposta a um quadro de factores de risco cardiovascular particular.

5. Finalidades e objectivos do estudo

Este trabalho tem como finalidades:

- Conhecer o quadro de intervenção dos enfermeiros, no internamento hospitalar, relativamente à promoção da adesão ao regime terapêutico das pessoas com EAM.
- Contribuir para a definição de orientações que visem melhorar a qualidade da intervenção dos enfermeiros no cuidado às pessoas com EAM, em contexto hospitalar

Os objectivos do trabalho são:

- Descrever as diferentes dimensões das práticas dos enfermeiros na promoção da adesão ao regime terapêutico;
- Descrever os factores componentes do desenvolvimento de capacidades de intervenção na área da promoção da saúde cardíaca pelo ensaio da validação da *will scale*.

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo são descritas as opções metodológicas tomadas ao longo do trabalho de investigação que orientaram o estudo na persecução dos objectivos estabelecidos. É realizada uma abordagem ao tipo de estudo, método de selecção da amostra, variáveis consideradas, construção do questionário e processo de recolha e análise de dados.

1. Tipo de estudo: considerações teórico-práticas

A escolha do método é determinada pela natureza do problema em estudo ou pelo nível de aprofundamento pretendido. O plano de pesquisa deste estudo seguiu o paradigma quantitativo.

Esta decisão foi tomada uma vez que se deu primazia ao emprego da quantificação quer na colheita de informação quer no seu tratamento pelo uso de técnicas estatísticas. A escolha dos métodos quantitativos representa a “intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, consequentemente, uma margem de segurança quanto às inferências” (Richardson *et al*, 1989, p. 29).

O presente estudo tem uma natureza descritiva. Os estudos descritivos têm como finalidade observar, descrever e documentar os aspectos de uma situação (Polit *et al*, 2004, p. 177), neste caso, conhecer as práticas de promoção da saúde dos enfermeiros, no âmbito da adesão ao regime terapêutico, junto de pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio, no internamento hospitalar.

Esta metodologia tem também como objectivo, para além da descrição, “ensaiar” a validação de uma escala a uma população de enfermeiros portugueses.

A recolha de dados foi realizada num único momento, pelo que o estudo se designa de transversal (Polit *et al* 2004, p. 180).

2. Amostra

A amostra foi constituída por 143 sujeitos. A selecção foi feita a partir de um universo de enfermeiros com intervenção terapêutica junto de pessoas com EAM, em contexto hospitalar.

Por uma questão de exequibilidade, temporal e económica, delimitou-se geograficamente a população à região de Lisboa.

Contactaram-se as Direcções de Enfermagem de dez hospitais (*Apêndice 3*) com o objectivo de seleccionar os serviços com características para incluir no estudo. No final deste processo, definiu-se uma base de recrutamento constituída por nove serviços de oito Hospitais. O número de indivíduos que cumpriam os critérios para participação no estudo foi de 213. Dois Hospitais foram excluídos depois de as respectivas Direcções de Enfermagem terem informado que não tinham serviços que admitiam pessoas com EAM.

CrITÉRIOS de inclusão dos sujeitos

- *Intervenção na fase pós-aguda do EAM* quando há uma estabilização das funções vitais da pessoa e condições para iniciar uma relação terapêutica centrada no processo de adesão ao regime terapêutico;
- *Participação voluntária* através do auto-preenchimento do questionário, após informação, na forma individual, sobre objectivos do estudo e garantia de anonimato e confidencialidade dos dados.

Critérios de exclusão dos sujeitos

Conteúdo funcional: enfermeiros cujo desempenho de funções se centra na gestão e/ou coordenação dos enfermeiros/serviços e não na relação terapêutica directa com as pessoas com EAM;

- *Experiência profissional:* enfermeiros em período de integração ao contexto e respectivas práticas profissionais (critério regulado pelo enfermeiro chefe do serviço).

Processo de selecção dos sujeitos

Utilizou-se uma amostra de conveniência para realização do estudo.

Inicialmente dispôs-se de uma lista exaustiva dos membros da população – base de sondagem (Ghiglione e Matalon, 2001). As unidades de análise – os enfermeiros – estavam agrupadas na população em serviços nas Unidades Hospitalares. Assim, enviou-se uma carta às Direcções de Enfermagem de dez Hospitais Gerais da região de Lisboa com o objectivo de identificar os serviços com as características previamente definidas. Neste contacto também se deu a conhecer o âmbito e objectivos do projecto de investigação. No final do processo identificaram-se nove unidades de sondagem (serviços) distribuídas por oito Unidades Hospitalares.

Estes serviços centram a sua intervenção na área da cardiologia. A maior parte tem a designação de Cardiologia, outros assumem nomes diferentes, por exemplo, Unidade de Tratamento e Intervenção Coronária ou Unidade de Coronários. A diferença entre estes serviços reside no critério de admissão da pessoa com EAM. Enquanto nuns a admissão ocorre na fase pós-aguda (após passagem por uma unidade de intervenção na fase aguda) noutros acontece durante a fase aguda e estende-se até ao momento da alta. Ou seja, em qualquer um dos serviços os enfermeiros desenvolvem o seu trabalho até ao momento da alta.

Estabelecido o contacto (*Apêndice 3*) e obtida a autorização para realização do trabalho de investigação nas instituições contactaram-se os enfermeiros responsáveis dos serviços e agendou-se uma reunião com os próprios ou alguém por eles designados. Nesse contacto, mais uma vez, reforçou-se o âmbito do projecto e objectivos. Foram também discutidas as condições de aplicação do questionário, critérios de inclusão na amostra e decidiram-se quais os enfermeiros em condições de participação no estudo, no total 213 enfermeiros. Foram também estabelecidos prazos para recolha dos questionários. O enfermeiro com que se estabeleceu o contacto encarregou-se da distribuição e recolha do questionário.

Ao todo foram distribuídos 213 questionários.

3. Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário (*Apêndice 4*).

Procurou-se construir um instrumento cujo propósito fosse a inquirição de um conjunto de indivíduos, tendo em vista uma generalização, em que a unidade de observação, e portanto de análise, fosse o indivíduo, mas cujo o interesse central residisse no conjunto de discursos que deles provêm, tendo em vista a sua posterior interpretação e generalização (Ghiglione e Matalon, 2001).

3.1 Processo de construção do questionário

A construção do instrumento de colheita de dados foi precedida de uma revisão da literatura para definir as variáveis do estudo.

Após essa recolha realizaram-se entrevistas não directivas a oito enfermeiros com experiência profissional na prestação de cuidados a pessoas com EAM (*Apêndice 5*). Este estudo preliminar teve como objectivo encontrar e especificar variáveis para a investigação principal (Hill e Hill, 2005) e permitiu inventariar atitudes, representações, comportamentos, motivações e processos (Ghiglione e Mathalon, 2001) relacionados com a adesão ao regime terapêutico.

A entrevista desenvolveu-se em torno dos seguintes temas: suporte e actualização das práticas, estratégias de intervenção promotoras da adesão e papel do enfermeiro na relação terapêutica.

Depois de realizadas as entrevistas a informação foi analisada por meio de uma análise de conteúdo simples com o objectivo de encontrar temas comuns que representassem variáveis importantes a estudar na investigação (Hill e Hill, 2005). Daqui emergiram temas e questões incluídas e testadas no questionário no pré-teste.

Parte do questionário desenvolvido foi baseada na *will scale* (Anderson *et al*, 2004), desenvolvida pelo Alberta Health Heart Project (AHHP), no Canadá, e que não se encontra traduzida para português nem foi previamente aplicada em Portugal.

A tradução do instrumento foi conduzida por dois docentes da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa com vasta experiência na tradução e revisão técnica de manuais, na língua inglesa, na área de Enfermagem. Este processo foi realizado em dois momentos: *a)* tradução do questionário da língua original para o português e *b)* verificação da tradução.

Concluído o processo de tradução e integradas as perguntas que surgiram do estudo exploratório o questionário foi revisto por um grupo de peritos (dois docentes de enfermagem de duas instituições distintas e dois enfermeiros dum serviço de Cardiologia) com o objectivo de verificar a relevância, a clareza e a compreensão das perguntas.

Por último realizou-se o pré-teste através da aplicação do instrumento a 17 enfermeiros que preenchiam os critérios de inclusão acima referidos. Este processo teve como objectivo verificar:

- a)* A clareza, compreensão e relevância das perguntas do questionário;
- b)* A adequação das respostas alternativas (escalas de resposta);
- c)* A pertinência e adequação do questionário ao contexto actual do estudo;
- d)* A extensão do questionário e;
- e)* A dimensão estética do questionário.

No final ouviram-se as opiniões e comentários dos enfermeiros inquiridos em relação ao questionário.

Depois de analisada e ponderada a experiência do pré-teste, optou-se por reduzir a extensão do questionário tendo em conta a opinião dominante que o instrumento era extenso. Foram removidos 16 itens que questionavam os sujeitos sobre o grau de satisfação/insatisfação em relação ao seu trabalho e meio envolvente. Considerou-se que este conjunto de itens, apesar de importantes para a contextualização da intervenção dos enfermeiros no contexto da pessoa com EAM, seria uma temática acessória para a compreensão dessa intervenção no âmbito da adesão ao regime terapêutico, na medida que esta variável não foi encontrada nos estudos referidos no enquadramento teórico.

Autorização para a aplicação da escala

A autorização para utilização da escala neste trabalho de investigação foi obtida através de um dos autores da escala – Dr. Ron Plotnikoff. Numa primeira fase estabeleceu-se um contacto (via *e-mail*) onde se apresentou e descreveu, sumariamente, o projecto de investigação e manifestou a intenção de aplicar a escala à população portuguesa, mais concretamente a uma amostra de enfermeiros. Nesse *e-mail* foi também solicitado uma versão da *will scale* bem como outras informações: pressupostos estatísticos que estiveram na base da construção da escala, conhecimento da aplicação da escala a outras realidades e resultados obtidos nessas experiências.

Foi obtida uma resposta por intermédio de uma colaboradora do Dr. Ron Plotnikoff autorizando a aplicação da escala desde que referenciada a morada electrónica de onde foi retirada a escala e o artigo que a valida – *Anderson D et al. Towards the development of scales to measure “will” to promote heart health within health organizations in Canada. Health Promotion International 2004; 19 (4):471- 481.*

A escala está disponível em http://www.chps.ualberta.ca/pdfs/AHHP_individual_survey.pdf – *website* do AHHP.

3.2. Variáveis do estudo

Seguidamente descrevem-se as variáveis do estudo.

3.2.1 Sustentação das práticas de cuidados dos enfermeiros

O primeiro conjunto de questões refere-se à sustentação das práticas por parte dos enfermeiros.

Para avaliação da experiência que mais contribuiu para a capacidade de intervenção dos enfermeiros na pessoa com EAM consideraram-se três itens: formação inicial (curso de base), experiência profissional e actualização contínua de conhecimentos. Foi solicitado a cada respondente que ordenassem os itens do mais importante (3) para o menos importante (1).

A frequência com que os enfermeiros actualizam conhecimentos na área de intervenção da pessoa com EAM foi avaliada através de uma escala de *Likert*. Consideraram-se cinco alternativas de resposta: nunca, raramente, às vezes, muitas vezes, sempre.

Em relação aos meios de actualização de conhecimentos foram considerados oito itens: pesquisa na Internet (geral), leitura de artigos em revistas de enfermagem, leitura de artigos em revistas de saúde, leitura de manuais de enfermagem, leitura de manuais das ciências da saúde, formação em serviço, formação pós-graduada (contínua), participação em Congressos, *workshops*. Em cada item avaliou-se a frequência de utilização de cada meio por intermédio de uma escala de *Likert*. As respostas alternativas consideradas foram: nunca, raramente, às vezes, muitas vezes, sempre.

Um questionário que tenha questões fechadas e abertas tem a vantagem de obter informação qualitativa que ajuda a complementar e contextualizar a informação quantitativa obtida nas outras variáveis (Hill e Hill, 2005). Assim, colocou-se a seguinte questão:

- *Refira três áreas em que sente maior interesse na procura de informação.*

Para avaliar o referencial teórico-prático de intervenção terapêutica na pessoa com EAM recorreu-se à dicotomização de Ribeiro (1995), citado por Ordem dos Enfermeiros (2004), sobre as práticas dos enfermeiros: Modelo do Tratar e do Cuidar.

O primeiro modelo segue uma orientação fundamentada no modelo biomédico centrando a sua abordagem na doença e não na pessoa, dirige-se para o processo de diagnóstico diferencial e para a cura da doença em detrimento da prevenção e promoção da saúde (Coucello, 1997, pp. 28). O segundo modelo segue uma lógica de intervenção centrada na pessoa e nas suas necessidades, sendo o receptor de cuidados visto numa perspectiva holística e como sujeito activo na relação terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2004, pp. 32).

Depois de consideradas as características de cada modelo listaram-se um conjunto de afirmações que se enquadram dentro dos dois modelos (Tabela 5).

Avaliou-se o grau de concordância ou discordância dos sujeitos face a cada item, tendo em conta intervenção junto de uma pessoa com EAM, por meio de uma escala de Likert. Consideraram-se as seguintes respostas alternativas: discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente.

Tabela 5: Modelos de intervenção em Enfermagem

Modelo Biomédico	Modelo do cuidar
- É baseada naquilo que sei que é um EAM	- Dá resposta às alterações nas necessidades humanas básicas decorrentes do EAM.
- É centrada nas incapacidades decorrentes do EAM.	- Valoriza como a pessoa vê a sua situação actual (EAM).
- Dá resposta às manifestações clínicas decorrentes do EAM.	- É centrada nas capacidades que a pessoa mantém após o EAM.
- Valoriza a intervenção terapêutica farmacológica.	- É baseada na forma como o indivíduo reage ao EAM.

3.2.2 Capacidade individual para a promoção da saúde cardíaca

A segunda parte do questionário avaliou a capacidade de promoção da saúde cardíaca através de uma escala – a *will scale*.

Alguns autores reforçam a importância da vontade (*will*) na condução da mudança organizacional e individual de forma a gerar a capacidade para a promoção da saúde (Hawe *et al*, 1997; Advisory Board Third International Heart Health Conference, 1998). Para Riley *et al* (2001), citado por Anderson *et al* (2004), vontade (*will*) é uma predisposição, uma motivação para conduzir actividades de promoção da saúde cardíaca e inclui a crença na implementação dessas mesmas actividades.

A aplicação da escala solicita aos sujeitos inquiridos uma reflexão sobre o seu nível de capacidade para desenvolver a promoção da saúde cardíaca e a promoção da saúde em geral (Anderson *et al*, 2004), e no âmbito deste trabalho, que esta promoção se desenvolva no sentido da adesão ao regime terapêutico.

Anderson *et al* (2004) consideraram as crenças, a confiança, a acção prévia e a intenção/desejo de promover a saúde no futuro como as dimensões componentes de *vontade (will)* – variável latente.

Utiliza-se o termo «variável latente» para representar uma variável que não pode ser observada nem medida directamente mas pode ser definida a partir de um conjunto de outras variáveis (possíveis de ser observadas ou medidas) que medem qualquer coisa em comum (nomeadamente, a variável latente).

Hill e Hill (2005, pp. 135)

A *will scale* é composta por 90 itens, agrupados em várias sub-escalas que avaliam as componentes da *vontade (will)*: a) confiança (15 itens); b) crenças (15 itens); c) acção prévia (40 itens); d) desejo de promover a saúde (20 itens).

As crenças dos enfermeiros foram avaliadas questionando-se em que medida concordavam ou discordavam com necessidade de intervir num conjunto de 15 itens

(numerados de 21-35) divididos por quatro factores de risco: fisiológicos, comportamentais, psicossociais e ambientais (Tabela 6). Usou-se uma escala de Likert com as seguintes respostas alternativas: discordo totalmente, discordo, nem discordo nem concordo, concordo, concordo totalmente.

Tabela 6: Determinantes da saúde

Factores de risco Fisiológicos

- (21, 36, 51) Tensão arterial elevada
- (22, 37, 52) Colesterol sérico elevado
- (23, 38, 53) Obesidade
- (24, 39, 54) Factores genéticos (história familiar)

Factores de risco Comportamentais

- (25, 40, 55) Hábitos tabágicos
- (26, 41, 56) Alimentação inadequada
- (27, 42, 57) Inactividade física

Factores de risco Psicossociais

- (28, 43, 58) Falta de apoios sociais
- (29, 44, 59) Stress
- (30, 45, 60) Baixa de auto-estima
- (31, 46, 61) Baixo status socio-económico (educação, ocupação, rendimento)

Factores de risco Ambientais

- (32, 47, 62) Pobreza
 - (33, 48, 63) Condições precárias de trabalho
 - (34, 49, 64) Discriminação (sexual, racial, relacionada com o envelhecimento)
 - (35, 50, 65) Existência de diferenças significativas nos rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres numa comunidade, distrito ou região
-

A confiança dos enfermeiros avaliou-se questionando os sujeitos sobre o grau de confiança percebido face às suas capacidades para intervir nos factores de risco da doença cardíaca (itens da tabela 6 numerados de 36-50 no questionário). Usou-se uma

escala de Likert com as seguintes respostas: nada confiante, pouco confiante, moderadamente confiante, muito confiante, extremamente confiante.

A intervenção dos enfermeiros no passado (acção prévia) foi avaliada através de 3 escalas (40 itens).

A primeira relaciona-se com as determinantes da saúde cardíaca (15 itens da tabela 6 numerados de 51 a 65), a segunda com as estratégias de promoção da saúde – Carta de Ottawa- (Tabela 7) com 5 itens (numerados de 66-70) e a terceira com as acções de promoção da saúde (Tabela 8) com 20 itens (71-90). Questionou-se a frequência com que os enfermeiros intervieram nos últimos doze meses em cada um dos itens. Usou-se uma escala de Likert com as respostas: nunca; raramente; ocasionalmente; muitas vezes; sempre.

Tabela 7: Estratégias de acção para a promoção da saúde (Carta de Ottawa)

Construir políticas saudáveis

(66) Implica que todos os decisores políticos tenham em conta o potencial impacto das políticas na saúde e na equidade dos indivíduos e da população (OMS, 1998).

Criar ambientes favoráveis

(67) Ambientes favoráveis à saúde oferecem às pessoas protecção face às ameaças à saúde, e permitem que as pessoas expandam as suas capacidades e desenvolvam auto-confiança em saúde (OMS, 1998).

Reforçar a acção comunitária

(68) Reforçar a acção comunitária envolve o esforço colectivo de um grupo de indivíduos para aumentar o controlo sobre as determinantes de saúde (OMS, 1998).

Desenvolver competências pessoais

(69) Implica o desenvolvimento de competências que permitam às pessoas um melhor controlo e orientem as suas vidas, de forma a melhorar as suas capacidades para viver ou mudar o ambiente (OMS, 1998).

Reorientar os serviços de saúde

(70) Reorientar os serviços de saúde envolve redireccionar os serviços no sentido da promoção da saúde, indo para além da provisão tradicional de serviços clínicos e curativos (OMS, 1998).

Tabela 8: Acções de promoção da saúde

-
-
- (71, 91) Avaliar necessidades das pessoas na zona geográfica do hospital
 - (72, 92) Ajudar as pessoas a mobilizarem-se em torno de um objectivo
 - (73, 93) Trabalhar com diversos grupos
 - (74, 94) Construir elos de ligação dentro da comunidade
 - (75, 95) Utilizar planeamento estratégico
 - (76, 96) Ajudar na resolução de conflitos
 - (77, 97) Usar o grupo como facilitador
 - (78, 98) Partilhar poder
 - (79, 99) Possibilitar espaços de aprendizagem para outros
 - (80, 100) Trabalhar em colaboração com as populações
 - (81, 101) Avaliar iniciativas de promoção da saúde
 - (82, 102) Usar teorias, modelos e matrizes conceptuais no trabalho
 - (83, 103) Usar resultados de investigações no meu trabalho
 - (84, 104) Fomentar relações com líderes formais e informais
 - (85, 105) Definir intervenções para fazer face a necessidades específicas
 - (86, 106) Partilhar histórias e aprendizagens de sucesso com outros profissionais
 - (87, 107) Incentivar hábitos alimentares saudáveis
 - (88, 108) Incentivar à redução tabágica
 - (89, 109) Incentivar à actividade física
 - (90, 110) Investir na redução dos riscos ambientais
-

O desejo de promover a saúde no futuro foi avaliado questionando os indivíduos sobre o nível de envolvimento desejado nos próximos dois anos, em cada uma das acções de promoção de saúde presentes na Tabela 5 (numeradas no questionário de 91-110). Usou-se uma escala de *Likert* e consideraram-se as seguintes respostas alternativas: nunca, raramente, ocasionalmente, muitas vezes e sempre.

3.2.3 Atitude dos enfermeiros face a estratégias de adesão ao regime terapêutico

O terceiro bloco de perguntas avaliou as atitudes dos enfermeiros em relação a um conjunto de factores que promovem a adesão ao regime terapêutico.

A revisão bibliográfica e o estudo exploratório permitiram a elaboração de um conjunto de condições promotoras da adesão ao regime terapêutico (Tabela 9). Questionaram-se os enfermeiros sobre o grau de concordância ou discordância de cada um dos itens para a adesão ao regime terapêutico na pessoa com EAM. Utilizou-se uma escala de *Likert* com as respostas: discordo, discordo totalmente, nem discordo nem concordo, concordo e concordo totalmente

Tabela 9: Atitude dos enfermeiros face a estratégias de adesão

Factores profissionais de adesão
(111) Motivação dos profissionais de saúde
(112) Motivação dos doentes
(113) Satisfação profissional dos enfermeiros
(114) Qualidade das relações entre profissionais de saúde
(115) Qualidade da relação entre enfermeiros e utentes
Articulação hospital/comunidade
(116) Articulação entre hospital e comunidade
(117) Referência da pessoa com EAM para programas de reabilitação cardíaca
Continuação de cuidados
(118) Acompanhamento médico assistente na comunidade
(119) Acompanhamento do enfermeiro na comunidade
(120) Manutenção do contacto com enfermeiro hospitalar
(121) Monitorização telefónica pelo enfermeiro hospitalar
Formação/actualização
(124) Conhecimentos dos profissionais de saúde
(131) Discussão de casos entre equipa de enfermagem
(132) Discussão de casos entre profissionais de saúde
(125) Actualização de conhecimentos
(126) Integração de resultados de trabalhos de investigação nos cuidados de enfermagem
Métodos de educação para a saúde
(127) Partilha de experiências entre doentes (vivências do EAM)
(128) Distribuição de panfletos/folhetos informativos
(129) Sessões individuais de educação para a saúde
(130) Sessões de educação para a saúde em grupo
(122) Integração dos familiares nos cuidados de enfermagem
(123) Integração dos doentes nos cuidados de enfermagem
(133) Conhecimentos dos utentes

A representação dos enfermeiros face ao seu papel na relação terapêutica foi avaliada através de um conjunto de 10 itens.

Turabian e Franco (2001), citados por Rodrigues *et al* (2005), sugeriram três modelos de educação para a saúde a partir das estratégias metodológicas e do papel dos profissionais de saúde: modelo informativo, modelo persuasivo-motivacional e modelo político-económico-ecológico (Tabela 10).

Tabela 10: Modelos de educação para a saúde

Modelo informativo

Transmissão de conhecimentos; paternalismo

Enfermeiro prescritivo: ditadura do *expert*

Modelo persuasivo-motivacional

Persuasão comportamental

Enfermeiro controlador do processo de aprendizagem

Modelo político-económico-ecológico

Participação, intercâmbio; aprendizagem contextual

Enfermeiro mediador com a comunidade. O formando é protagonista

A partir desta classificação elaboraram-se itens relativos a cada um dos modelos e perfis dos profissionais de saúde correspondente (Tabela 11). Avaliou-se em que medida cada enfermeiro concordava ou discordava com a importância de cada um dos itens na adesão ao regime terapêutico na pessoa com EAM. Utilizou-se uma escala de *Likert* com as respostas: discordo totalmente, discordo, nem discordo nem concordo, concordo e concordo totalmente.

Tabela 11: Estratégias pedagógicas**Modelo Informativo** (*Enfermeiro prescriptor*)

- (134) Transmissão de conhecimentos (aos utentes) sobre a doença cardíaca
- (135) Informa o utente do que deve e não deve fazer depois da alta
- (136) Informa o utente das alterações que deve introduzir nos seus hábitos de vida

Modelo Persuasivo-motivacional (*Enfermeiro persuasor*)

- (137) Estabelece objectivos/metapas para o utente alcançar
- (138) Persuade o utente a introduzir mudanças nos seus estilos de vida
- (139) Convence o utente a abandonar comportamentos nocivos à saúde cardíaca

Modelo Político-Económico-Ecológico (*Enfermeiro mediador*)

- (140) Conhece percepções (do utente) sobre determinantes da doença
- (141) Conhece percepções e significados (do utente) sobre regime terapêutico
- (142) Desenvolve competências (nos utentes) a partir do seu *background* social
- (143) Desenvolve competências (nos utentes) a partir dos seus conhecimentos

Foram também elaboradas duas questões abertas como o objectivo de explorar as percepções dos enfermeiros sobre os factores que aumentam a adesão ao regime terapêutico e que reforçam o trabalho dos enfermeiros nesse sentido:

1) *Em sua opinião que factores considera mais importantes para aumentar a adesão da pessoa com EAM ao regime terapêutico? Refira até três.*

2) *Em sua opinião, que aspectos ou factores sente que podem apoiar e reforçar o seu trabalho no sentido de aumentar a adesão ao regime terapêutico? Refira até três.*

3.2.4 Variáveis de identificação

As variáveis de identificação têm como objectivo caracterizar os indivíduos que constituem a amostra.

A cada indivíduo, bem como ao serviço a que pertencia, foram atribuídos números de identificação de forma sequencial. Relativamente ao serviço registou-se também o

número total de enfermeiros para calcular percentagem de sujeitos que constituíram a amostra.

Os atributos caracterizados foram: a idade, o sexo, as habilitações académicas, a antiguidade na profissão (meses/anos), a antiguidade no serviço (meses/anos), a categoria profissional, o horário semanal na instituição (horas) e o vínculo laboral com a instituição.

A antiguidade na profissão e no serviço foram referidas pelos sujeitos em meses se exerciam a profissão há menos de um ano e em anos se o faziam há um ano ou mais.

Estas variáveis (de atributo) constituíram o último bloco de perguntas do questionário.

3.3 Condições de aplicação do questionário

“Um questionário, por definição, é um instrumento rigorosamente estandardizado tanto no texto das questões, como na sua ordem. No sentido de garantir a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos, é absolutamente indispensável que cada questão seja colocada a cada pessoa da mesma forma, sem adaptações nem explicações suplementares resultantes da iniciativa do entrevistador. Para que tal seja possível é, evidentemente, necessário que a questão seja perfeitamente clara, sem qualquer ambiguidade e que a pessoa saiba exactamente o que se espera dela.”

(Ghiglione e Matalon, 2001, p. 110)

A metodologia de aplicação do questionário considerada mais adequada foi o auto-preenchimento (auto-administração). Os factores que contribuíram para esta decisão foram:

- *A dimensão e dispersão geográfica da amostra*, que sugeriram um método de recolha de dados económico (despesas de deslocação e tempo);
- *A partilha do mesmo background profissional entre investigador e inquirido*, que apontaram para uma minimização dos erros associados à interpretação e sentido do vocabulário e das questões do questionário;

- A natureza de algumas questões, relacionadas com aspectos pessoais (crenças, capacidades, confiança e desempenhos) sugeriu a necessidade de garantir a privacidade e anonimato no preenchimento do questionário.

O auto-preenchimento de questionários cria um problema: torna as condições de aplicação diferentes, dado que as pessoas têm a possibilidade de ler as questões, repensar as respostas, pedir opiniões e saltar a ordem das perguntas (Ghiglione e Matalon, 2001). Uma medida tomada para minimizar este problema foi procurar manter a constância de condições relativamente às comunicações e informações dadas aos sujeitos (Polit *et al*, 2004). Foram dadas instruções de preenchimento do questionário rigorosas e precisas, indicando claramente o que era pedido em cada questão. Aos enfermeiros responsáveis pela entrega e recolha dos questionários foi transmitida informação sobre o tempo médio de preenchimento do questionário (30-40 minutos), e pediu-se que sugerissem aos sujeitos que o questionário fosse preenchido num espaço tranquilo, num só momento e que seguidamente fosse colocado no envelope, selado e entregue.

Os questionários foram distribuídos num envelope passível de ser selado, mantendo o anonimato e confidencialidade dos dados. Uma semana após a entrega do questionário foi feito um telefonema para saber como estava a decorrer o preenchimento dos questionários. Este contacto serviu para confirmar a data de recolha dos questionários. Passadas duas semanas os questionários foram recolhidos.

Em todos os contextos, o prazo de entrega dos questionários foi aumentado uma semana para aumentar a taxa de retorno. Decorrido este período deu-se por concluída a recolha de dados.

Período de aplicação do questionário

A aplicação do questionário decorreu entre 10 de Outubro e 23 de Novembro de 2007.

4. Análise dos dados:

Para analisar os dados foram consideradas técnicas e procedimentos quantitativas e qualitativas.

Os dados quantitativos foram previamente codificados no questionário e foi elaborada uma matriz no programa informático SPSS; Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, USA) versão 15.0 para Windows. Após a recolha de dados procedeu-se à inserção dos dados seguindo a sequência numerada dos questionários. Este passo foi realizado por duas pessoas com o objectivo de diminuir o risco de erros associados à inserção dos dados – uma ditava os valores das variáveis em voz alta e a outra repetia-os em voz alta e inseria-os no ficheiro (Hill e Hill, 2005).

Recorreu-se a procedimentos estatísticos descritivos para descrever as características de variáveis fornecidas pela amostra de dados: distribuição de frequências e cálculo de medidas de tendência central e dispersão.

Recorreu-se também a procedimentos estatísticos indutivos que trataram diferenças entre amostras de casos e relações entre variáveis.

Utilizaram-se os seguintes testes paramétricos:

- Teste t para comparar médias de uma variável para dois grupos de casos independentes (Pereira, 1999, pp.);
- Análise de variância (ANOVA) quando se pretendeu comparar médias de uma variável em mais que duas populações (Maroco, 2007, pp. 154);
- Coeficiente de correlação de Pearson para indicar a “natureza da relação entre os valores de duas variáveis”, valores estes que provêm de um só grupo de casos (Hill e Hill, 2005, pp. 202)

Utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis em alternativa ao ANOVA quando não se encontraram reunidos os pressupostos da igualdade de variâncias (Pestana e Gageiro, 1998).

De acordo com o tipo de estudo realizado os resultados foram apenas considerados enquanto análise exploratória dos dados e não como resultados de testes de hipóteses operacionais.

Procedeu-se também à exploração estatística da *Will* scale pela realização da análise factorial em componentes principais

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados são apresentados divididos em quatro partes, de acordo com a constituição do questionário. Primeiro é caracterizada a amostra inquirida, depois a descrição da forma de sustentação das práticas de cuidados, seguido da análise descritiva e indutiva da *Will scale* e por último a descrição das atitudes dos enfermeiros face aos factores que interferem com a adesão ao regime terapêutico.

1. Caracterização da amostra

A população de enfermeiros em condições de participar no estudo foi de 213 sujeitos, distribuídos por 8 unidades hospitalares e 9 serviços. Aderiram ao estudo 143 sujeitos (67,1%).

Em cada serviço hospitalar a adesão dos enfermeiros ao preenchimento do questionário variou entre os 29,4% e os 100%. Todos os questionários recebidos foram considerados válidos. (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição dos enfermeiros por Unidade Hospitalar, adesão ao estudo por serviço e % de inquiridos face ao total da amostra				
Serviço hospitalar	Número de enfermeiros	Adesão Nº	%	% de inquiridos face ao total da amostra
<i>A₁</i>	23	15	65,2	10,5
<i>A₂</i>	16	12	75,0	8,4
<i>B</i>	22	16	72,7	11,2
<i>C</i>	17	17	100,0	11,9
<i>D</i>	17	15	88,2	10,5
<i>E</i>	17	5	29,4	3,5
<i>F</i>	30	11	36,7	7,7
<i>G</i>	35	25	71,4	17,5
<i>H</i>	36	27	75,0	18,9
Total	213	143	67,1	100,0

1.1 Identidade de género

O sexo feminino representava 74,1% (106) da população de enfermeiros inquirida. Estes dados validam o predomínio das mulheres na profissão de Enfermagem e aproximam-se dos dados do relatório da Ordem dos Enfermeiros “*As condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*” (OE, 2004) no qual 80,9% dos sujeitos eram do sexo feminino.

No entanto, observaram-se algumas assimetrias na distribuição dos géneros pelos serviços (Tabela 13). Por exemplo, no serviço *G* a população masculina é superior à feminina representando 56% (14) dos indivíduos.

Tabela 13: Distribuição dos enfermeiros por género por serviço hospitalar

Serviço Hospitalar	Género		Total
	Feminino	Masculino	
<i>A₁</i>	80,0% (12)	20,0% (3)	15
<i>A₂</i>	91,7% (11)	8,3% (1)	12
<i>B</i>	81,3% (13)	18,8% (3)	16
<i>C</i>	76,5% (13)	23,5% (4)	17
<i>D</i>	73,3% (11)	26,7% (4)	15
<i>E</i>	60,0% (3)	40,0% (2)	5
<i>F</i>	72,7% (8)	27,3% (3)	11
<i>G</i>	44,0% (11)	56,0% (14)	25
<i>H</i>	88,9% (24)	11,1% (3)	27
Total	74,1% (106)	25,9% (37)	143

1.2 Idade

A idade dos inquiridos varia entre os 22 e os 56 anos. A média é de 30,52 (desvio padrão 8,033). A moda situa-se nos 24 anos com 19 dos inquiridos (13,3%), seguida pelos 23 anos com 17 (11,9%), pelos 26 anos com 16 (11,2%) e pelos 25 anos com 13 (9,1%) dos sujeitos.

Os dados revelam uma população de enfermeiros jovem. Dos respondentes, 49% (70) têm uma idade ≤ 26 anos e 60,8% (87) têm idade ≤ 30 anos (Tabela 14).

Tabela 14: Distribuição dos enfermeiros por idades

	Frequência	% Válida	% Acumulada
[20-25[	41	28,7	28,7
[25-30[	42	29,4	58,0
[30-35[	20	14,0	72,0
[35-40[	17	11,9	83,9
[40-45[	13	9,1	93,0
[45-50[	6	4,2	97,2
[50-55[	3	2,1	99,3
[55-60[	1	0,7	100,0
Total	143	100,0	

Em alguns serviços a prevalência de enfermeiros jovens é ainda maior. Nos serviços **A_I**, **C** e **D** a prevalência de enfermeiros com idades <30 anos é de 73,4% (11), 76,5% (13) e 86,7% (13) respectivamente.

Nos serviços **B** e **H** os enfermeiros com idade ≥ 30 anos representam 62,5% (10) e 55,5% (15) respectivamente. Estes números contrastam com a tendência geral.

1.3 Habilitações académicas

A Licenciatura é a habilitação académica mais prevalente entre os enfermeiros, representando 84,8% (117) dos casos, seguida do Curso Superior de Enfermagem (Bacharelato) em 10,9% (17) dos sujeitos. Apenas um enfermeiro referiu ter o mestrado.

Nos serviços **D** e **F** todos os enfermeiros inquiridos (15 e 11) tinham o grau de licenciados.

1.4 Antiguidade na profissão

O tempo de exercício profissional varia entre ≤ 1 ano e 36 anos. A média é de 7,7 anos (desvio padrão 7,6). A moda situa-se no tempo de exercício profissional ≤ 1 ano com 28 indivíduos (19,9%), seguida pelos 2 anos com 27 (19,1%) e pelos 3 anos com 13 (9,2%).

Os dados revelam uma população com pouca experiência profissional: 39,0 % (55) exercem a profissão há ≤ 2 anos, 48,2% (68) há ≤ 3 anos e 58,2% (82) há ≤ 5 anos.

Nos serviços **C**, **D** e **F** estes números estão mais acentuados: 76,5% (13), 88,7% (13) e 80% (8) dos enfermeiros em cada serviço exerciam a profissão há < 5 anos.

Alguns serviços contrariam esta tendência. Os serviços **A2**, **B** e **G** têm um elevado número de enfermeiros com experiência profissional ≥ 5 anos – 63,7% (7), 62,6% (10) e 60% (15). Destacam-se ainda os serviços **B** e **G** por apresentarem uma faixa significativa de enfermeiros com experiência profissional na categoria [10-15]: 43,8% (7) e 32% (8) respectivamente.

1.5 Antiguidade no serviço

O tempo de permanência dos enfermeiros no serviço varia entre ≤ 1 ano e 21 anos. A média é de 4,7 anos (desvio padrão 4,6). A moda situa-se em ≤ 1 ano com 37 casos (27,4%), seguida pelos 2 anos com 29 (21,4%) e pelos 3 anos com 18 (13,3%).

Os dados indicam que a amostra de enfermeiros apresenta um tempo de permanência no serviço actual reduzido. Assim, 27,4% (37) dos enfermeiros exercem funções no serviço ≤ 1 ano, 48,9% (66) há ≤ 2 anos, 62,2% (84) há ≤ 3 anos, e 68,9% (93) há ≤ 4 anos.

Em alguns serviços esta realidade estava ainda mais acentuada. No serviço **D**, 35,7% (5) dos sujeitos permaneciam ali há < 1 ano. Nos serviços **A1**, **C**, **D** e **F** 86,7% (13), 76,5% (13), 92,8% (13) e 80% (8) permaneciam há menos de 5 anos nas respectivas unidades.

1.6 Categoria Profissional

A categoria profissional mais prevalente entre os enfermeiros é a de Enfermeiro, representando 63,4% (90) dos casos, seguida da categoria profissional de Enfermeiro Graduado em 36,6% (52). Destes dados emerge a ausência de enfermeiros especialistas.

1.7 Horário semanal na instituição

O horário semanal dos enfermeiros nos serviços varia entre as 18 e as 57 horas (em situações de acumulação de horários). O horário mais prevalente é o das 40 horas, em 51,0% casos (73), seguidas das 35 horas em 24,5% casos (35).

1.8 Vínculo laboral com a instituição

O vínculo laboral mais frequente entre enfermeiros e instituições de saúde é *Contracto individual de Trabalho – Tempo Indeterminado* em 57 casos (49,6%); 46 enfermeiros (40, 0%) pertencem ao *Quadro da instituição*. A Tabela 15 apresenta esta distribuição por serviço, revelando realidades distintas.

Tabela 15: Vínculo laboral dos enfermeiros por instituição

Instituição	Quadro	Contrato individual de trabalho – tempo indeterminado	Contrato individual de trabalho – termo certo	Recibo verde/prestação de serviços	Total
<i>A₁</i>	25,0% (3)	58,3% (7)	16,7% (2)	0% (0)	100,0% (12)
<i>A₂</i>	70,0% (7)	20,0% (2)	10,0% (1)	0% (0)	100,0% (10)
<i>B</i>	71,4% (10)	28,6% (4)	0% (0)	0% (0)	100,0% (14)
<i>C</i>	25,0% (3)	75,0% (9)	0% (0)	0% (0)	100,0% (12)
<i>D</i>	7,7% (1)	61,5% (8)	23,1% (3)	7,7% (1)	100,0% (13)
<i>E</i>	100,0% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100,0% (5)
<i>F</i>	28,6% (2)	71,4% (5)	0% (0)	0% (0)	100,0% (7)
<i>G</i>	9,1% (2)	68,2% (15)	0% (0)	22,7% (5)	100,0% (22)
<i>H</i>	65,0% (13)	35,0% (7)	0% (0)	0% (0)	100,0% (20)
Total	40,0% (46)	49,6% (57)	5,2% (6)	5,2% (6)	100,0% (115)

2. Sustentação das práticas de cuidados dos enfermeiros

Experiências significativas

A *Experiência profissional* foi considerada a experiência que mais contribuiu para a capacidade de intervenção dos enfermeiros na pessoa com EAM em 44,9% (57) dos enfermeiros.

Esta valorização foi mais acentuada nos enfermeiros: *a)* dos contextos: **A₂**, **G** e **H** (66,7%- 8, 80%- 8 e 63,6%- 14); *b)* com idades ≥ 30 (55,8%- 29) que nos com idade < 30 (37,3%- 28); *c)* com experiência profissional ≥ 10 anos (56,5%- 26) que nos com experiência profissional < 10 anos (36,7%- 29) e *d)* com antiguidade no serviço ≥ 5 anos (61,1%- 22) que nos com antiguidade no serviço < 5 anos (35,4%- 29).

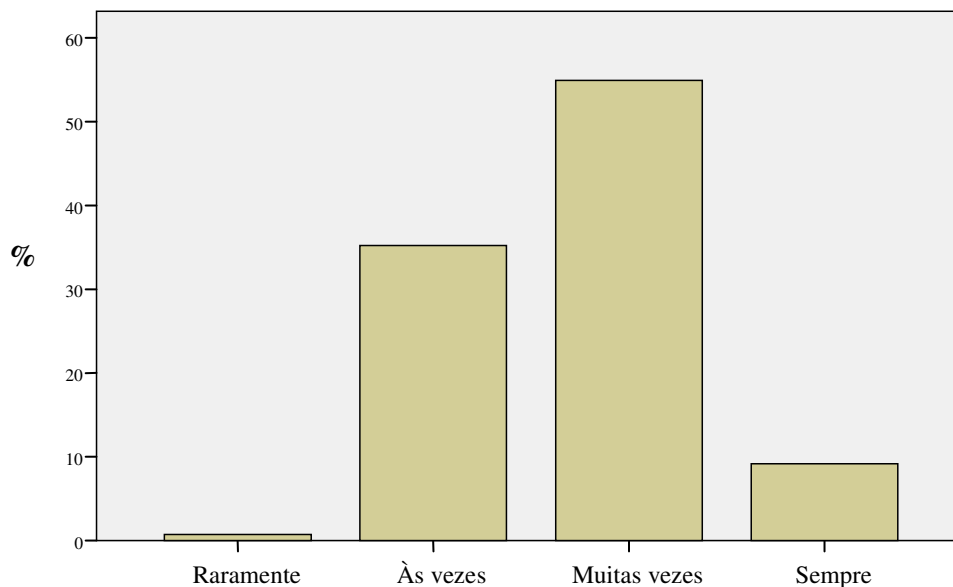
A *Formação inicial* foi considerada, por 25,4% dos enfermeiros, o contributo mais importante para a capacidade de intervenção na pessoa com EAM. Por outro lado, 62,3% (81) consideraram-na menos relevante que a *Experiência profissional* e a *Actualização continua de conhecimentos*. Esta “desvalorização” foi mais evidente nos enfermeiros com: *a)* idade ≥ 30 (74%- 40) que nos com idade < 30 (54%- 41), *b)* experiência profissional ≥ 5 anos (75%- 42) que nos com experiência < 5 anos (52%- 37), *c)* categoria profissional graduada (74,5%- 35) e *d)* vínculo ao quadro da instituição (81%- 34).

A *Actualização continua de conhecimentos* foi o contributo mais importante para a intervenção na pessoa com EAM para 22,9% (38) dos enfermeiros. Esta valorização assume destaque nos contextos **A_I** com 38,5% (5), **B** com 50% (6), **C** com 50% (8) e **D** com 46,2% (6).

Frequência de actualização de conhecimentos na área de intervenção da pessoa com EAM

Inquiridos sobre a frequência com que actualizavam conhecimentos na área de intervenção na pessoa com EAM, 54,9% (78) dos enfermeiros referiram fazê-lo *Muitas vezes* e 35,2% (50) *Às vezes* – (Gráfico 1).

Figura 1: Frequência com que actualiza conhecimentos na área de intervenção da pessoa com EAM



Alguns grupos de enfermeiros referiram actualizar conhecimentos mais frequentemente. Esses enfermeiros apresentavam as seguintes características: *a*) sexo feminino (66% - 70 *Muitas vezes/Sempre*); *b*) idades entre [25-30[(76,2 % - 32 *Muitas vezes/Sempre*); *c*) experiência profissional entre [5-10[(81,8% - 9 - *Muitas vezes*), *d*) antiguidade no serviço <1 ano (70% - 14 *Muitas vezes/Sempre*) e *f*) trabalhar nos serviços *A*₁, *A*₂ e *B* (80% - 12, 83,3% - 10 e 75,1% - 12 - *Muitas vezes/Sempre*).

Fontes de actualização de conhecimentos

Procurou-se saber que recursos formativos usam os enfermeiros para actualizar conhecimentos.

A *Pesquisa na Internet* e *leitura de manuais de enfermagem* foram os meios referidos como mais utilizados: 59,6% (84) responderam *Muitas vezes/Sempre* para a primeira fonte e 52,9% (73) responderam *Muitas vezes/Sempre* para a segunda.

A Internet foi usada mais frequentemente nos enfermeiros com idades <35: 67,9% (83) responderam *Muitas vezes/Sempre* (nos indivíduos com idade ≥ 35 anos, 36,8%- 14).

Os manuais de enfermagem foram mais usados pelos enfermeiros:

a) Do sexo feminino: 59,2% (61) responderam *Muitas vezes/Sempre* (nos homens 34,3%-12);

b) Com idades <25 anos: 77,5% (31) responderam *Muitas vezes/Sempre* (nos enfermeiros com idades ≥ 25 , 42,9%- 42);

c) Licenciados: 56,2% (64) responderam *Muitas vezes/Sempre* (nos enfermeiros com habilitação académica de Curso Superior de Enfermagem, 26,7%- 4);

d) Com experiência profissional <1ano: 50% (5) dizem fazê-lo *Sempre*, 30% (3) *Muitas vezes*; com experiência profissional entre [1-5]: 66,7% (44) *Muitas vezes/Sempre* (nos enfermeiros com tempo de profissão ≥ 5 anos, 31,7% - 19 - *Muitas vezes/Sempre*);

e) Com antiguidade no serviço <1 ano: 31,6% (6) *Sempre*, 42,1% (8) *Muitas vezes*. Com tempo de permanência no serviço entre [1-5]: 64,8% (46) *Muitas vezes/Sempre* (tempo de serviço ≥ 5 anos apenas 25,6% (10) o fazem *Muitas vezes/Sempre*);

f) Com categoria profissional enfermeiro: 64,8% (57) *Muitas vezes/Sempre*. Nos enfermeiros graduados apenas 30,6% (15) disseram fazê-lo *Muitas vezes/Sempre*;

g) Com contracto individual de trabalho a tempo indeterminado: 71,4% (40) *Muitas vezes/Sempre*. 34,1% (15) *Muitas vezes/Sempre* e;

h) Dos hospitais **A**₁, 84,6% (11) *Muitas vezes* **B** 66,6% (10) *Muitas vezes/sempre*; **D** 73,4% (11) *Muitas vezes /sempre*.

A leitura de revistas e manuais de enfermagem e Ciências da Saúde, como formas de actualização de conhecimentos, foram utilizadas com pouca frequência. As respostas mais prevalentes foram *Raramente/Às vezes* (proporção de enfermeiros variou 68,1% - 71,7%).

A participação em acções de formação em serviço também é baixa: 66% (93) referiu ter participado *Raramente/Às vezes*.

Em alguns serviços a frequência com que os enfermeiros participam na formação em serviço é mais elevada. Assim, nos serviços **A₁**, **D** e **H** 50% (7), 40% (6) e 48,1% (13) dos enfermeiros referiram ter participado *Muitas vezes/Sempre* (Tabela 16).

Tabela 16: Participação dos enfermeiros em acções de formação em serviço por unidade hospitalar

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
A₁	0% (0)	28,6% (4)	21,4% (3)	42,9% (6)	7,1% (1)	100% (14)
A₂	8,3% (1)	0% (0)	75,0% (9)	16,7% (2)	0% (0)	100% (12)
B	6,3% (1)	25,0% (4)	56,3% (9)	12,5% (2)	0% (0)	100% (16)
C	5,9% (1)	11,8% (2)	70,6% (12)	11,8% (2)	0% (0)	100% (17)
D	0% (0)	0% (0)	60,0% (9)	40,0% (6)	0% (0)	100% (15)
E	20,0% (1)	40,0% (2)	20,0% (1)	20,0% (1)	0% (0)	100% (5)
F	0% (0)	9,1% (1)	45,5% (5)	36,4% (4)	9,1% (1)	100% (11)
G	0% (0)	25,0% (6)	54,2% (13)	20,8% (5)	0% (0)	100% (24)
H	3,7% (1)	3,7% (1)	44,4% (12)	44,4% (12)	3,7% (1)	100% (27)
Total	3,5%5	14,2%20	51,8%73	28,4%40	2,1%3	100%141

A participação em formação pós-graduada é baixa: 36% (49) dos enfermeiros referiram que nunca participar e 45,6% (62) *Raramente/Às vezes*.

Em relação à participação em Congressos, *workshops* 69,5% (98) responderam *Raramente/Às vezes*.

3 Will scale

Em seguida proceder-se-á a apresentação dos dados relativos à *Will scale*. Apresentar-se-á a estatística descritiva (medidas de tendência central e frequências) e a análise factorial em componentes principais (AFCP) realizada em cada uma das sub-escalas da *Will scale*. Por último serão apresentados alguns resultados que resultaram da exploração dos dados através de técnicas estatísticas indutivas.

***Will scale*: Introdução á Análise factorial em componentes principais**

A análise factorial em componentes principais (AFCP) foi uma das técnicas estatísticas na análise da escala de ‘vontade’ (*Will scale*), com indicadores de confiança, crenças, acção prévia e desejo de promover a saúde.

A AFCP é uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objectivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas, de modo a construir uma escala de medida para factores (intrínsecos) que de alguma forma controlam as variáveis originais. Desta forma, utiliza as correlações observadas entre as variáveis originais para estimar os factores comuns e as relações estruturais que ligam os factores, latentes, às variáveis (Maroco, 2007).

A AFCP foi conduzida segundo os mesmos pressupostos que o estudo original. Assim, aplicaram-se as mesmas técnicas estatísticas aos mesmos grupos de variáveis (escalas e sub-escalas da *will scale*) reproduzindo o tratamento estatístico realizado originalmente por Anderson *et al* (2004) – (Tabela 17).

Tabela 17: Avaliação da estrutura da *Will scale* pela AFCP

Escalas	Sub-escalas	Itens submetidos a AFCP
Escala das crenças	Determinantes da saúde (15 itens)	21-35
Escala da confiança	Determinantes da saúde (15 itens)	36-50
Escala da acção previa	- Determinantes da saúde (15 itens)	51-65
	- Estratégias de acção para a promoção da saúde (Carta de Ottawa) (5 itens)	66-70
	- Acções de promoção da saúde (20 itens)	71-90
Escala do desejo de intervenção no futuro	- Acções de promoção da saúde (20 itens)	91-110

Antes da realização da AFCP foi necessário saber se a técnica tinha validade para as variáveis escolhidas (Pereira, 1999). Aplicaram-se dois testes:

a) O teste de Esfericidade de Bartlett: verifica se as correlações entre variáveis são suficientemente elevadas para que a AFCP tenha utilidade na estimação de factores comuns (Maroco, 2007);

b) Medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): medida da homogeneidade das variáveis que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis (Pestana e Gageiro, 1998).

O teste de Esfericidade de Bartlett mostra que a AFCP pode ser realizada quando os valores de significância $p < 0,05$. O teste KMO assume um valor entre 0 e 1. Valores baixos indicam que a análise factorial pode ser inapropriada. Valores superiores a 0,5 podem ser satisfatórios para aplicação da AFCP. Segundo Pestana e Gageiro (1998) os

valores de KMO e respectiva adequação da AFCP são: 1 – 0,9: Muito boa; 0,8 – 0,9: Boa; 0,7 – 0,8: Média; 0,6 – 0,7: Razoável; 0,5 – 0,6: Má; <0,5 Inaceitável.

Na extracção dos factores, utilizou-se o método das componentes principais. Retiveram-se os factores com valores próprios (*eigenvalues*) ≥ 1 .

Para transformar os coeficientes das componentes principais numa estrutura simplificada, com o objectivo de dividir o conjunto de variáveis encontradas em subconjuntos com o maior grau de independência possível, recorreu-se à rotação segundo o método Varimax, que realçou apenas os pesos significativos, aproximando os restantes de zero.

Considerou-se que um item pertencia a um factor sempre que apresentavam pesos factoriais superiores a 0,5. Quando um item apresentou pesos factoriais elevados em mais que um factor reteve-se o item no factor onde o peso factorial era mais elevado.

Seguidamente avaliou-se o coeficiente de consistência interna dos factores retidos através do alpha de Cronbach. Para Hill e Hill (2005) os valores de coeficiente de alpha de Cronbach têm o seguinte significado em termos de fiabilidade: >0,9: excelente; 0,9-0,8: bom; 0,8-0,7: razoável; 0,7-0,6: fraco; <0,6: inaceitável. As variáveis que não contribuíam para a consistência interna foram eliminadas. A partir dos valores médios dos itens pertencentes aos factores retidos criaram-se novas variáveis.

3.1 Escala das Crenças

Nesta escala os enfermeiros responderam em que medida acreditavam que deviam intervir num conjunto de factores determinantes do EAM.

Os itens enquadrados nos factores de risco comportamentais apresentaram valores médios mais elevadas. Seguem-se os factores de risco fisiológicos (excepto a variável *Factores genéticos*), psicossociais e ambientais (Tabela 18).

Tabela 18: Crenças dos enfermeiros na intervenção nas determinantes da saúde cardíaca

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Moda
Factores fisiológicos						
TA elevada	140	3	5	4,50	0,594	5
Colesterol sérico elevado	140	2	5	4,40	0,676	5
Obesidade	137	3	5	4,46	0,607	5
Factores genéticos (história familiar)	136	1	5	3,10	1,084	4
Factores comportamentais						
Hábitos tabágicos	141	2	5	4,59	0,574	5
Alimentação inadequada	140	2	5	4,61	0,571	5
Inactividade física	141	2	5	4,56	0,565	5
Factores de risco psicossociais						
Falta de apoios sociais	140	2	5	3,77	0,771	4
Stress	141	2	5	4,13	0,657	4
Baixa de auto-estima	140	1	5	3,69	0,804	4
Baixo status socio-económico (educação, ocupação, rendimento)	137	1	5	3,23	0,893	3
Factores de risco ambientais						
Pobreza	141	1	5	3,09	0,952	3
Condições precárias de trabalho	140	1	5	3,09	0,877	3
Discriminação sexual, racial e relacionada com o envelhecimento	139	1	5	3,17	0,839	3
Existência de diferenças significativas nos rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres numa comunidade, distrito ou região.	141	1	5	2,90	0,897	3

Estes dados sugerem uma maior crença dos enfermeiros nos factores de risco comportamentais e fisiológicos (excepto para os factores genéticos) em relação aos factores de risco psicossociais e ambientais como determinantes do EAM.

Segue-se uma tabela da distribuição das frequências em cada um dos itens da escala.

Tabela 19 Estatística descritiva da escala das crenças

	<i>Discordo totalmente</i>		<i>Discordo</i>		<i>Nem discordo nem concordo</i>		<i>Concordo</i>		<i>Concordo totalmente</i>	
	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi
Factores fisiológicos										
TA elevada	-	-	-	-	5,0	7	40,0	56	55,0	77
Colesterol sérico elevado	-	-	0,5	1	6,6	12	40,7	57	50,0	70
Obesidade	-	-	-	-	5,8	8	42,3	58	51,8	71
Factores genéticos	10,3	14	16,2	22	33,1	45	33,8	46	6,6	9
Fact. comportamentais										
Hábitos tabágicos	-	-	0,7	1	2,1	3	32,9	46	64,3	90
Alimentação inadequada	-	-	0,7	1	2,1	3	32,9	46	64,3	90
Inactividade física	-	-	0,7	1	1,4	2	39,0	55	58,9	83
Factores psicossociais										
Falta de apoios sociais	-	-	5,0	7	28,6	40	50,7	71	15,7	22
Stress	-	-	1,4	2	11,3	16	59,6	84	27,7	39
Baixa de auto-estima	0,7	1	5,0	7	32,9	46	47,1	66	14,3	20
↓ <i>Status</i> socio-económico	5,1	7	11,7	16	41,6	57	38,0	52	3,6	5
Factores ambientais										
Pobreza	6,4	9	16,3	23	45,4	64	26,2	37	5,7	8
Condições precárias de trabalho	5,0	7	15,0	21	50,7	71	25,0	35	4,3	6
Discriminação...	4,3	6	10,8	15	53,2	74	27,3	38	4,3	6
Diferenças rendimentos...	9,2	13	14,9	21	55,3	78	17,7	25	2,8	4

Como referido, a quase totalidade dos enfermeiros concorda que deve intervir nos factores de risco comportamentais. Assim, ±97% dos enfermeiros referiram concordar ou concordar totalmente que deve intervir nos hábitos tabágicos, alimentação inadequada e inactividade física.

A quase totalidade dos enfermeiros acredita, também, que deve intervir nos factores de risco fisiológicos. O factor que registou maior nível de concordância foi a *Tensão arterial elevada*; 95% (133) referiram concordar ou concordar totalmente. Para o *Colesterol sérico elevado* e *Obesidade* 90,7% (127) e 94,1% (129) dos enfermeiros, respectivamente, referiram concordar ou concordar totalmente.

No entanto, é necessário sublinhar que nem todos os enfermeiros concordam em intervir nestes factores de risco. Na *Tensão arterial elevada* 5% (7) respondeu *Não discordo nem concordo*, e para os factores de risco *Colesterol sérico elevado* e *Obesidade* 8,6% (12) e 5,8% (8) dos enfermeiros deram a mesma resposta. Apesar destes números não serem muito elevados, não deixa de ser importante sublinhar que existem enfermeiros que colocam dúvidas em relação à intervenção nos factores fisiológicos, que estão amplamente reconhecidos e divulgados na comunidade científica como factores de risco da doença cardiovascular.

Em relação aos factores de risco psicossociais registaram-se percentagens mais elevadas de enfermeiros que exprimem níveis de concordância menor em relação à intervenção nestes factores de risco. Apenas os números associados ao factor de risco *stresse* contrariam esta tendência. Uma das razões pode estar relacionada com o facto de o *stresse* ser largamente divulgado como um dos factores de risco tradicionais do EAM.

Relativamente ao *stresse*, 87,3% (123) dos enfermeiros concordam ou concordam totalmente que devem intervir neste factor. No entanto, 11,3% (16) dos enfermeiros não têm uma opinião formada uma vez que referiram não discordar nem concordar.

Em relação aos factores *Falta de apoios sociais*, *Baixa de auto-estima* e *Baixo status sócio-económico* 66,4% (93), 61,4% (86) e 41,6% (57) concordam ou concordam totalmente em intervir nestes factores. No entanto, olhando para os dados numa outra perspectiva, 5% (7) dos enfermeiros discordam em intervir ao nível da falta de apoios sociais e 28,6% (40) não discordam nem concordam. Em relação à *Baixa de auto-estima* 5,7% (8) discordam ou discordam totalmente e 32,9% (46) não concordam nem discordam, enquanto que para o factor *Baixo status sócio-económico* 16,8% (23) discordam ou discordam totalmente e 41,6% (57) nem discorda nem concorda.

Em relação aos factores de risco ambientais os enfermeiros parecem acreditar menos na importância de intervir a este nível. Por exemplo, em relação à *Pobreza* 22,7% (32) dos enfermeiros discordam ou discordam totalmente e 45,4% (64) nem discorda nem concorda. Para as *Condições precárias de trabalho* os números são muito parecidos 20% (28) discorda ou discorda totalmente e 50,7% (71) nem discorda nem concorda. Por último, 15,1% (21) dos enfermeiros discorda ou discorda totalmente e 53,2% (74) nem discorda nem concorda em intervir ao nível das várias formas de discriminação (sexual, racial e relacionada com o envelhecimento), enquanto que 24,1% (34) discorda

ou discorda totalmente e 55,3% (78) nem concorda nem discorda com a intervenção ao nível das diferenças entre os rendimentos das pessoas ricas e pobres.

Na escala das crenças a AFCP foi conduzida após aplicação do teste de validade da análise factorial: medida KMO. O teste KMO obteve um valor de 0,82 (considerado bom), indicativo de que a AFCP é recomendada (Maroco, 2007). A análise do nível de significância, pelo teste de Esfericidade de Bartlett, inferior a 0,05 (Sig. =0,000) reforça essa indicação.

A AFCP das crenças dos enfermeiros na intervenção nas determinantes da saúde cardíaca revelou uma estrutura de três factores, com valores próprios superiores a um e que explicam 68% da variância dos dados iniciais (Tabela 20). Anderson *et al* (2004) propuseram quatro factores que explicavam 66,8% da variância total.

Tabela 20: Escala das crenças: Pesos factoriais de cada item em cada factor, os seus valores próprios e a % da variância explicada por cada factor.

Item	Factor		
	1	2	3
(33) Condições precárias de trabalho;	,888	,158	,008
(32) Pobreza;	,874	,132	,101
(31) Baixo status socio-económico...	,777	-,015	,226
(35) Existência de diferenças significativas nos rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres numa comunidade, distrito ou região.	,755	,065	,022
(34) Discriminação....	,703	-,096	,239
(24) Factores genéticos (história familiar)	,469	,312	-,217
(22) Colesterol sérico elevado;	,151	,897	,098
(23) Obesidade;	,062	,866	,220
(21) Tensão arterial elevada;	,085	,859	,123
(26) Alimentação inadequada;	-,046	,428	,796
(27) Inactividade física	-,039	,341	,790
(28) Falta de apoios sociais;	-,039	,341	,790
(30) Baixa de auto-estima;	,314	-,242	,658
(25) Hábitos tabágicos;	-,097	,545	,633
(29) Stress;	,406	,381	,540
Valores próprios	5,291	3,105	1,770
Variância Explicada	35%	21%	12%

O primeiro factor refere-se aos factores de risco ambientais e sociais e explica 35% da variância total. O segundo factor remete para os factores de risco fisiológicos e explica 21% da variância total. O terceiro factor aponta para os factores de risco comportamentais e psicológicos e explica 12% da variância total.

Por último, estudou-se a consistência interna da escala total e dos factores retidos através do coeficiente de alpha de Cronbach.

A escala das crenças apresenta um coeficiente de 0,86, que representa um bom valor de consistência interna (Hill e Hill, 2005).

Seguidamente verificaram-se os coeficientes de alpha de Cronbach para cada um dos factores. No primeiro factor eliminou-se a variável *Factores genéticos (história familiar)* uma vez que o mesmo não se enquadra teoricamente neste factor e, simultaneamente, não contribuía para a consistência interna. Após a eliminação o alpha de Cronbach do factor foi de 0,88. O segundo e terceiro factores apresentaram coeficientes de alpha de Cronbach de 0,92 e 0,82.

Não foi possível comparar o número de variáveis em cada factor entre este estudo e o estudo original uma vez que não foi possível obter os dados relativamente ao estudo original, mesmo depois de solicitados no contacto com o autor da escala. A comparação dos valores de alpha de Cronbach não foi realizada pelos mesmos motivos (no artigo original de Anderson *et al* (2004) é referido que o tratamento estatístico da escala se encontra numa morada electrónica, mas a páginas já não se encontra disponível).

Foram criadas três novas variáveis com a média aritmética dos itens que constituem os três primeiros factores (Tabela 21).

Tabela 21: Médias e desvio padrão das variáveis resultantes da Escala das Crenças

Escala	Média	Desvio padrão
<i>Factores de risco fisiológicos</i>	4,46	0,58
<i>Factores de risco comportamentais e psicológicos</i>	4,23	0,47
<i>Factores de risco ambientais e sociais</i>	3,10	0,74

No sentido de explorar se existem diferenças nas crenças dos enfermeiros, na intervenção nos factores de risco determinantes do EAM, em função do género, recorreu-se ao teste T para amostras independentes. Desta análise resultou a confirmação de que existem diferenças significativas nas crenças dos enfermeiros em relação à importância de intervir nos factores de risco comportamentais e psicológicos ($p=0,026 \leq 0,05$) consoante o género. A amostra de enfermeiros do sexo feminino apresenta valores médios de crenças nos factores de risco comportamentais e psicológicos mais elevados ($M=4,28$; $dp=0,45$) do que a amostra de enfermeiros do sexo masculino ($M= 4,08$; $dp= 0,52$) (Apêndice 6.1).

Fez-se uma exploração dos dados no sentido de identificar se existiam diferenças em cada uma das novas variáveis que emergiram da AFCP em função das variáveis socio-demográficas: habilitações académicas, antiguidade no serviço, categoria profissional, vínculo laboral e instituição hospitalar. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

3.2 Escala da Confiança

Os dados reflectem diferentes níveis de confiança dos enfermeiros nas suas capacidades para intervir nos factores de risco da doença cardíaca. Globalmente, observam-se índices de confiança mais elevados nos factores de risco fisiológicos (excepto na variável *Factores genéticos - história familiar*) e comportamentais. Nos factores de risco psicossociais, os dados revelam níveis de confiança menores, evidentes pelos

valores de tendência central (médias e modas). Os níveis de confiança mais baixos registados são para os factores de risco ambientais.

A tabela seguinte ilustra esses resultados.

Tabela 22: Confiança dos enfermeiros nas capacidades de intervenção nas determinantes da saúde cardíaca

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Moda
Factores fisiológicos						
TA elevada	139	2	5	4,08	,692	4
Colesterol sérico elevado	139	2	5	3,80	,809	4
Obesidade	138	2	5	3,66	,859	4
Factores genéticos (história familiar)	138	1	5	2,26	1,129	2
Factores comportamentais						
Hábitos tabágicos	140	2	5	3,66	,935	4
Alimentação inadequada	141	2	5	3,84	,795	4
Inactividade física	141	1	5	3,77	,834	4
Factores de risco psicossociais						
Falta de apoios sociais	140	1	5	2,74	,972	3
Stress	141	1	5	3,13	,958	3
Baixa de auto-estima	140	1	5	3,11	,903	3
Baixo status socio-económico (educação, ocupação, rendimento)	139	1	5	2,25	,885	2
Factores de risco ambientais						
Pobreza	141	1	5	1,94	,860	2
Condições precárias de trabalho	141	1	5	1,94	,868	2
Discriminação sexual, racial e relacionada com o envelhecimento	141	1	5	2,20	,928	2
Existência de diferenças significativas nos rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres numa comunidade, distrito ou região.	141	1	4	1,79	,797	1

Seguidamente é apresentada a tabela de distribuição das frequências da escala da confiança.

Tabela 23 Estatística descritiva da escala da confiança

	<i>Nada confiante</i>		<i>Pouco confiante</i>		<i>Moderadamente Confiante</i>		<i>Muito confiante</i>		<i>Extremamente confiante</i>	
	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi
Factores fisiológicos										
TA elevada	-	-	2,2	3	13,7	19	58,3	81	25,9	36
Colesterol sérico elevado	-	-	5,8	8	27,3	38	48,2	67	18,7	26
Obesidade	-	-	9,4	13	31,2	43	43,5	60	15,9	22
Factores genéticos	30,4	42	33,3	46	18,8	26	14,5	20	2,9	4
Fact. comportamentais										
Hábitos tabágicos	-	-	12,1	17	30,0	42	37,9	53	20,0	28
Alimentação inadequada	-	-	3,5	5	29,8	42	45,4	64	21,3	30
Inactividade física	0,7	1	4,3	6	31,9	45	44,0	62	19,1	27
Factores psicossociais										
Falta de apoios sociais	7,9	11	35,0	49	37,9	53	14,3	20	5,0	7
Stress	3,5	5	19,1	27	47,5	67	19,9	28	9,9	14
Baixa de auto-estima	4,3	6	15,0	21	54,3	76	18,6	26	7,9	11
↓ <i>Status</i> socio-económico	20,1	28	42,4	59	30,9	43	5,0	7	1,4	2
Factores ambientais										
Pobreza	34,0	48	42,6	60	19,1	27	3,5	5	0,7	1
Condições precárias de trabalho	34,8	49	41,1	58	19,9	28	3,5	5	0,7	1
Discriminação...	23,4	33	41,8	59	19,1	41	2,8	4	2,8	4
Diferenças rendimentos...	42,6	60	36,9	52	19,1	27	1,4	2	-	-

Os índices de confiança dos enfermeiros nas suas capacidades de intervenção na *Tensão arterial elevada* são elevados: 84,2% (117) referiram que estavam *Muito confiantes* ou *Extremamente confiante*. De referir, no entanto, que 15,9% (22) enfermeiros referiram que se sentiam *Moderadamente confiantes* ou *Pouco confiante*.

Em relação ao *Colesterol sérico elevado* e *Obesidade* 33,1% (46) e 40,6% (56) respectivamente, sentem-se *Moderadamente confiante* ou *Pouco confiante* nas suas capacidades de intervenção a este nível.

Em relação aos factores de risco comportamentais, globalmente os enfermeiros referem níveis de confiança para intervir a este nível.

No entanto, ao nível dos *Hábitos tabágicos* 42,1% (59) *Moderadamente confiante* ou *Pouco confiante*. Na intervenção ao nível da *Alimentação inadequada* e *Inactividade física* 33,3% (47) e 36,2% (51) respectivamente, sentem-se *Moderadamente confiante* ou *Pouco confiante*.

Nos factores de risco psicossociais os enfermeiros parecem ter níveis de confiança mais baixos comparados com os factores de risco fisiológicos e comportamentais.

No *Stresse* 22,6% (32) sentem-se *Nada confiante* ou *Pouco confiante* para intervir a este nível e 47,5% (67) *Moderadamente confiante*. Apenas 29,8% (42) referiram estar *Muito confiante* ou *Extremamente confiante*.

No factor *Falta de apoios sociais* 42,9% (60) dos enfermeiros referiram sentir-se *Pouco confiante* ou *Nada confiante* e 37,9% (53) *Moderadamente confiante*; no factor *Baixo status socio-económico (educação, ocupação, rendimento)* 62,5% (87) dos inquiridos referem sentir-se *Pouco confiante* ou *Nada confiante* e 30,9% (43) *Moderadamente confiante*.

A confiança dos enfermeiros para intervir ao nível dos factores de risco ambientais ainda é mais baixa do que a verificada para os restantes factores.

Na *Pobreza e Condições precárias de trabalho* aproximadamente 76% dos enfermeiros referiram sentir-se *Pouco confiante* ou *Nada confiante*. E nos factores *Discriminação sexual, racial e relacionada com o envelhecimento* e *Existência de diferenças significativas nos rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres numa comunidade, distrito ou região* 65,2% (92) e 79,5% (112) respectivamente sentem-se *Pouco confiante* ou *Nada confiante* na sua capacidade para intervir a este nível.

Para esta escala o teste KMO obteve um valor de 0,89, considerado bom, pelo que se realizou a AFPCP (Maroco, 2007). A análise do nível de significância (Sig. =0,000, inferior a 0,05) pelo teste de Esfericidade de Bartlett reforça esta indicação.

A AFCP da confiança dos enfermeiros nas suas capacidades de intervenção nas determinantes da saúde cardíaca, de acordo com a regra dos valores próprios superior a 1 revelou uma estrutura explicada por três factores latentes (72,3% da variância total). Anderson *et al* (2004) propuseram três factores para esta escala que explicavam 70,8% da variância total.

A Tabela 24 resume os pesos factoriais de cada item em cada um dos 3 factores, os seus valores próprios e a percentagem da variância explicada por cada factor.

Tabela 24: Escala da confiança: Pesos factoriais de cada item em cada factor, os seus valores próprios e a % da variância explicada por cada factor.

Item	Factor		
	1	2	3
(47) Pobreza	,900	,160	,196
(48) Condições precárias de trabalho	,900	,134	,202
(50) Existência de diferenças significativas nos rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres numa comunidade, distrito ou região.	,856	,041	,198
(49) Discriminação sexual, racial e relacionada com o envelhecimento	,705	,136	,341
(46) Baixo status socio-económico (educação, ocupação, rendimento)	,636	,082	,525
(39) Factores genéticos (história familiar)	,587	,354	,007
(37) Colesterol sérico elevado	,109	,872	,086
(38) Obesidade	,104	,834	,180
(36) TA elevada	,041	,787	,104
(40) Hábitos tabágicos	,239	,699	,354
(41) Alimentação inadequada	,260	,690	,453
(42) Inactividade física	,252	,688	,476
(45) Baixa de auto-estima	,164	,284	,835
(44) Stress	,240	,361	,787
(43) Falta de apoios sociais	,335	0,158	,679
Valores próprios	7,347	2,400	1,102
Variância Explicada	49%	16%	7%

O primeiro factor refere-se aos factores de risco sócio-ambientais e explica 49% da variância total. O segundo factor remete para os factores fisiológicos e comportamentais e explica 16% da variância total. O terceiro factor aponta para os factores de risco psicológicos e explica 7% da variância total.

O coeficiente de alpha de Cronbach para a escala da confiança foi de 0,92, ou seja, um bom valor de consistência interna (Hill e Hill, 2005).

No primeiro factor, após a eliminação da variável *Factores genéticos (história familiar)*, uma vez que não se enquadra teoricamente neste factor e, simultaneamente, não contribuía para a consistência interna, registou-se um valor de coeficiente de alpha de Cronbach de 0,91. O factor dois e três revelaram coeficientes de 0,91 e 0,85.

Foram criadas três novas variáveis com a média aritmética dos itens que constituem os três primeiros factores (Tabela 25).

Tabela 25: Médias e desvio padrão das variáveis resultantes da Escala da Confiança

Escala	Média	Desvio padrão
<i>Factores de risco fisiológicos e comportamentais</i>	3,81	0,68
<i>Factores de risco psicológicos</i>	2,99	0,83
<i>Factores de risco sócio-ambientais</i>	2,01	0,74

Pela realização do teste ANOVA identificou-se uma diferença significativa entre a confiança dos enfermeiros dos serviços, em dois serviços diferentes confiança nas suas capacidades de intervenção nos factores de risco fisiológicos e comportamentais determinantes da saúde cardíaca. No entanto, por se considerar que este dado não se traduz num resultado prático relevante não são apresentados os dados. Não foram encontradas diferenças em função das variáveis género, habilitações académicas, antiguidade no serviço, categoria profissional e vínculo laboral.

3.3 Escala da Acção Prévia

Esta escala contém três sub-escalas: *Determinantes da saúde*, *Estratégias de acção de promoção da saúde (Carta de Ottawa)* e *Ações de promoção de saúde*. Em seguida apresenta-se a estatística descritiva e AFCP aplicada a cada uma das sub-escalas.

Frequência de intervenção dos enfermeiros nos factores de risco do EAM no último ano

Os dados reflectem frequências de intervenção diferentes nos vários factores de risco cardíaco.

Globalmente a frequência de intervenção dos enfermeiros é maior ao nível dos factores de risco fisiológicos (excepto ao nível dos *Factores genéticos*) e comportamentais que nos psicossociais e ambientais conforme observado pelas medidas de tendência central (Tabela 26).

Tabela 26: Intervenção nos factores de risco da saúde cardíaca no último ano

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Moda
Factores fisiológicos						
TA elevada	143	2	5	4,31	0,644	4
Colesterol sérico elevado	142	1	5	3,89	0,916	4
Obesidade	136	1	5	3,86	0,928	4
Factores genéticos (história familiar)	139	1	5	2,39	1,213	1
Factores comportamentais						
Hábitos tabágicos	143	1	5	4,12	0,818	4
Alimentação inadequada	143	2	5	4,20	0,737	4
Inactividade física	142	2	5	4,06	0,806	4
Factores de risco psicossociais						
Falta de apoios sociais	141	1	5	2,96	0,944	3
Stress	139	1	5	3,42	0,924	4
Baixa de auto-estima	141	1	5	3,18	0,988	3
Baixo status socio-económico (educação, ocupação, rendimento)	142	1	5	2,42	1,047	2
Factores de risco ambientais						
Pobreza	141	1	5	2,16	0,958	2
Condições precárias de trabalho	141	1	5	1,89	0,884	1
Discriminação sexual, racial e relacionada com o envelhecimento	141	1	5	2,11	0,979	2
Existência de diferenças significativas nos rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres numa comunidade, distrito ou região.	141	1	4	1,73	0,818	1

Os itens relativos aos factores comportamentais e fisiológicos apresentam os valores médios mais elevados; seguem-se os valores dos factores psicossociais e por último os

factores ambientais. Ou seja, estes dados sugerem que a frequência com que os enfermeiros entrevistaram, no último ano, nos factores de risco comportamentais e fisiológicos foi maior que nos factores de risco psicológicos e ambientais.

Segue-se uma tabela com a distribuição das frequências relativamente à intervenção nas determinantes da saúde cardíaca, no último ano

Tabela 27: Estatística descritiva da escala da acção prévia (determinantes da saúde)

	<i>Nunca</i>		<i>Raramente</i>		<i>Ocasionalmente</i>		<i>Muitas vezes</i>		<i>Sempre</i>	
	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi
Factores fisiológicos										
TA elevada	-	-	0,7	1	7,7	11	51,0	73	40,6	58
Colesterol sérico elevado	2,8	4	4,2	6	18,3	26	50,7	72	23,9	34
Obesidade	2,2	3	5,1	7	22,1	30	45,6	62	25,0	34
Factores genéticos	30,9	43	25,2	35	22,3	31	17,3	24	4,3	6
Fact. comportamentais										
Hábitos tabágicos	0,7	1	3,5	5	13,3	19	48,3	69	34,3	49
Alimentação inadequada	-	-	2,8	4	10,5	15	50,3	72	36,4	52
Inactividade física	-	-	4,9	7	14,8	21	50,0	71	30,3	43
Factores psicossociais										
Falta de apoios sociais	7,8	11	19,1	27	45,4	64	24,1	34	3,5	5
Stress	2,2	3	14,4	20	32,4	45	41,7	58	9,4	13
Baixa de auto-estima	5,7	8	17,0	24	38,3	54	31,9	45	7,1	10
↓ Status socio-económico	20,4	29	35,9	51	28,9	41	11,3	16	3,5	5
Factores ambientais										
Pobreza	29,1	41	34,0	48	31,2	44	3,5	5	2,1	3
Condições precárias de trabalho	39,7	56	35,5	50	21,3	30	2,8	4	0,7	1
Discriminação...	29,1	41	41,8	59	19,9	28	7,1	10	2,1	3
Diferenças rendimentos...	47,5	67	34,8	49	14,9	21	2,8	4	-	-

Em relação ao factor *TA elevada* 91,6% (131) dos enfermeiros referiram que intervieram *Muitas vezes* ou *Sempre* no último ano. No factor *Colesterol sérico elevado* e *Obesidade* 74,6% (106) e 70,6% (96) referiram ter intervindo *Muitas vezes* ou *Sempre*. De notar, no entanto, que para os factores *Colesterol sérico elevado* e *Obesidade* 18,3% (26) e 22,1% (30) dos enfermeiros, respectivamente, referiram ter intervindo apenas ocasionalmente e 7,0% (10) e 7,3% (10) *Nunca* ou *Raramente*.

Nos factores de risco comportamental, regista-se que alguns enfermeiros referem ter tido uma intervenção pouco frequente no último ano. Assim, nos *Hábitos tabágicos* e na *Alimentação inadequada* 13,3% (19) e 10,5% (15) referiram ter intervindo *Ocasionalmente*, enquanto que para a *Inactividade física* 14,8% (21) dos enfermeiros deram a mesma resposta.

Os enfermeiros parecem não intervir com muita frequência nos factores de risco psicossociais.

Em relação ao *Stress* 16,6% (23) dos enfermeiros referiram ter intervindo *Raramente* ou *Nunca* e 32,4% (45) *Ocasionalmente*. Na falta de apoios sociais 26,9% (38) referiram ter intervindo *Raramente* ou *Nunca* e 45,4% (64) *Ocasionalmente*. Em relação à intervenção ao nível da baixa de auto-estima e do baixo estatuto socio-económico 22,7% (32) e 56,3% (80) referiram ter intervindo *Raramente* ou *Nunca*; 38,3% (54) e 28,9% (41) *Ocasionalmente*.

A frequência de intervenção nos factores de risco ambientais é ainda menor.

Em relação à *Pobreza* 63,1% (89) dos enfermeiros referiram ter intervindo *Raramente* ou *Nunca* neste factor de risco. Para os factores de risco *Condições precárias de trabalho*, *Discriminação sexual, racial e relacionada com o envelhecimento* e *Existência de diferenças significativas nos rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres numa comunidade, distrito ou região* a frequência de intervenção no último ano foi ainda menor: 75,2% (106), 70,9% (100) e 82,3% (116) referiram ter intervindo *Raramente* ou *Nunca*.

O teste de KMO revelou um valor de 0,883 recomendando a AFCP. Esta indicação foi reforçada pelo teste de Esfericidade de Bartlett pela análise do nível de significância (Sig.=0,000, inferior a 0,05).

A AFPCP da intervenção dos enfermeiros nas determinantes da saúde cardíaca no passado confirmou os dois factores originalmente propostos por Anderson *et al* (2004). Nesta investigação os factores retidos explicam 65% da variância total contra os 63,3% de Anderson *et al* (2004).

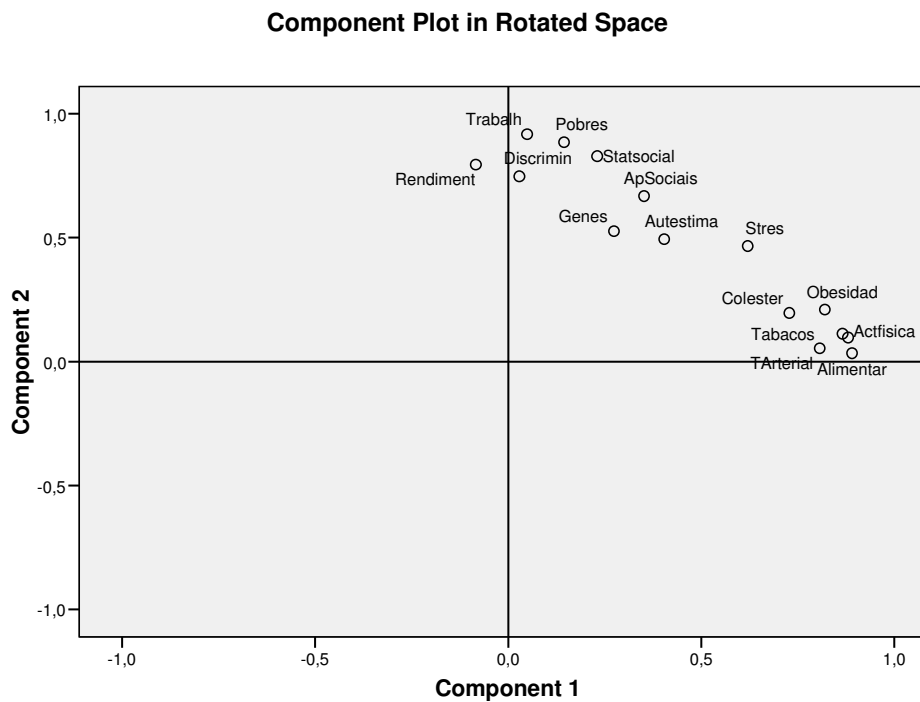
A Tabela 28 resume os pesos factoriais de cada item nos dois factores, os seus valores próprios e a percentagem da variância explicada por cada factor.

Tabela 28: Pesos factoriais de cada item em cada factor, os seus valores próprios e a % da variância explicada por cada factor

Item	Factor	
	1	2
(56) Alimentação inadequada	,891	,034
(57) Inactividade física	,880	,097
(55) Hábitos tabágicos	,866	,112
(53) Obesidade	,820	,210
(51) TA elevada	,807	,054
(52) Colesterol sérico elevado	,728	,196
(59) Stress	,620	,467
(63) Condições precárias de trabalho	,049	,918
(62) Pobreza	,144	,886
(61) Baixo status socio-económico (educação, ocupação, rendimento)	,231	,829
(65) Existência de diferenças significativas nos rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres numa comunidade, distrito ou região.	-,084	,795
(64) Discriminação sexual, racial e relacionada com o envelhecimento	,029	,748
(58) Falta de apoios sociais	,352	,668
(54) Factores genéticos (história familiar)	,274	,527
(60) Baixa de auto-estima	,404	,494
Valores próprios	6,663	3,140
Variância Explicada	44%	21%

O primeiro factor reflecte os factores de risco tradicionais da doença cardíaca e explica 44% da variância total. O segundo factor refere-se aos factores de risco psicossociais e ambientais e explica 21% da variância total. A apresentação gráfica da distribuição das variáveis pelos factores é apresentada em seguida.

Figura 2: Distribuição gráfica dos itens pelos factores



O alpha de Cronbach para a totalidade da escala foi de 0,91. Em relação aos factores retidos obtiveram-se coeficientes de 0,92 e 0,89.

Foram criadas dois novas variáveis com a média aritmética dos itens que constituem os três primeiros factores (Tabela 23).

Tabela 29: Médias e desvio padrão das variáveis resultantes da sub-escala da Acção prévia – Determinantes da saúde

Escala	Média	Desvio padrão
<i>Factores de risco tradicionais da doença cardíaca</i>	3,99	0,68
<i>Factores de risco psicossociais e ambientais</i>	2,35	0,74

Pelo teste T para amostras independentes encontraram-se diferenças significativas na frequência com que os enfermeiros intervieram nos factores de risco psicológicos/sociais/ambientais, no último ano, em função da categoria profissional ($p=0,012 \leq 0,05$). Os *enfermeiros graduados* apresentam valores médios de frequência de

intervenção nestes factores de risco mais elevados ($M= 2,56$; $dp=0,86$) que os *enfermeiros* ($M=2,23$; $dp=0,64$) (*Apêndice 6.2*).

Não foram encontradas diferenças em função das variáveis género, habilitações académicas, antiguidade no serviço, vínculo laboral e serviço hospitalar.

Carta de Ottawa

Seguidamente apresenta-se uma tabela de frequências dos itens desta escala:

Tabela 30: Estatística descritiva da escala da acção prévia (Carta de Ottawa)

	<i>Nunca</i>		<i>Raramente</i>		<i>Ocasionalmente</i>		<i>Muitas vezes</i>		<i>Sempre</i>	
	%	<i>Fi</i>	%	<i>Fi</i>	%	<i>Fi</i>	%	<i>Fi</i>	%	<i>Fi</i>
Construir políticas saudáveis	48,6	69	22,5	32	17,6	25	9,2	13	2,1	3
Criar ambientes favoráveis	15,6	22	18,4	26	33,3	47	30,5	43	2,1	3
Reforçar a acção comunitária	22,1	31	22,9	32	38,6	54	14,3	20	2,1	3
Desenvolver competências pessoais	3,6	5	8,6	12	30,0	42	47,9	67	10,0	14
Reorientar os serviços de saúde	27,0	38	19,1	27	24,1	34	25,5	36	4,3	6

Em relação às acções que caracterizam a promoção da saúde, definidas pela Carta de Ottawa o desenvolvimento de competências pessoais foi a actividade na qual os enfermeiros referiram ter participado mais: 57,9% (71) referiram ter estado envolvido *Muitas vezes* ou *Sempre*.

Os enfermeiros reportaram um menor envolvimento nas outras actividades. Em relação à construção de políticas saudáveis 71,1% (101) referiram *raramente* ou *nunca* terem estado envolvidos, enquanto que na criação de ambientes favoráveis 34% referiram ter estado *raramente* ou *nunca* envolvidos e 33,3% (47) *Ocasionalmente*. No reforço da acção comunitária e na reorientação dos serviços de saúde 45% (63) e 46,1% (65) dos enfermeiros referiram ter estado *raramente* ou *nunca* envolvidos.

A sub-escala apresenta um coeficiente de alpha de Cronbach de 0,71, valor de consistência interna razoável (Hill e Hill, 2005).

Foi criada uma nova variável com a média aritmética dos itens que constituem o factor (Tabela 24).

Tabela 31: Médias e desvio padrão das variáveis resultantes da sub-escala da Acção prévia – Estratégias de acção para a promoção da saúde (Carta de Ottawa)

Escala	Média	Desvio padrão
<i>Estratégias de acção para a promoção da saúde (Carta de Ottawa)</i>	2,68	0,74

Acções de promoção da saúde no último ano

Nesta escala foram apenas descritas alguns itens considerados mais importantes tendo em conta a problemática do estudo.

A frequência com que os enfermeiros avaliam as necessidades das pessoas na zona geográfica do hospital é baixa, apenas 6,4% (9) referem terem-no feito *Muitas vezes*. A construção de elos de ligação dentro da comunidade foi outra das acções em que os enfermeiros estiveram pouco envolvidos, no entanto 8,6% (12) referiram tê-lo feito *Muitas vezes/Sempre*.

A utilização da estratégia de *empowerment* avaliada pelo item *Partilhar poder* revelou que 40,5% (55) dos enfermeiros referiram ter usado esta estratégia *Muitas vezes* ou *Sempre*.

Em relação à prática baseada na evidência 22,8% (32) referiram ter usado resultados de investigações no trabalho *Raramente* ou *Nunca* e 42,9% (60) *Ocasionalmente*. No entanto, 34,3% (48) referiram tê-lo feito *Muitas vezes* ou *Sempre*.

A partilha de histórias e aprendizagens com outros profissionais, uma estratégia de comunicação interprofissional e de formação, foi uma actividade que 66,7% (94) dos enfermeiros referiram usar muitas vezes ou sempre e 26,2% (37) ocasionalmente.

Os enfermeiros referiram ter estado envolvidos com muita frequência em actividades de promoção dos estilos de vida saudáveis (redução tabágica, alimentação saudável e actividade física). Cerca de 88% (125) dos enfermeiros referiram que participaram nestas actividades, no último ano, muitas vezes ou sempre. Em relação à redução dos

riscos ambientais 50,7% (71) dos enfermeiros referiram que estiveram envolvidos muitas vezes ou sempre, 30% (42) ocasionalmente e 19,2% (27) raramente ou nunca.

A AFCP realizada às acções características da promoção da saúde, realizadas no último ano, revelou uma estrutura de quatro factores (KMO= 0,878) com uma variância explicada de 65%. Anderson *et al* (2004) propuseram dois factores que explicariam 48% da variância total.

A Tabela 32 resume os pesos factoriais de cada item em cada um dos 4 factores, os seus valores próprios e a % da variância explicada por cada factor.

O primeiro factor está relacionado com a intervenção no grupo e explica 39% da variância total. O segundo factor remete para a intervenção nos factores de risco e explica 14% da variância total. O terceiro factor refere-se à intervenção comunitária e explica 7% da variância total. O quarto factor aponta para uma intervenção suportada e sustentada e explica 5% da variância total.

Tabela 32: Pesos factoriais de cada item em cada factor, os seus valores próprios e a % da variância explicada por cada factor

Item	Factor			
	1	2	3	4
(79) Possibilitar espaços de aprendizagem para outros	,768	,101	,043	,330
(78) Partilhar poder	,718	,092	,267	,201
(76) Ajudar na resolução de conflitos	,673	,060	,493	-,018
(77) Usar o grupo como facilitador	,644	,015	,493	,119
(75) Utilizar planeamento estratégico	,577	,157	,537	-,081
(85) Definir intervenções para fazer face a necessidades específicas	,559	,447	,036	,398
(86) Partilhar histórias e aprendizagens de sucesso com outros profissionais	,525	,452	,039	,273
(88) Incentivar à redução tabágica	,004	,929	,022	,146
(89) Incentivar à actividade física	,216	,909	,004	,121
(87) Incentivar hábitos alimentares saudáveis	,180	,888	,038	,166
(90) Investir na redução dos riscos ambientais	-,006	,560	,291	,235
(71) Avaliar necessidades das pessoas na zona geográfica do hospital	,006	,039	,790	-,035
(74) Construir elos de ligação dentro da comunidade	,196	,061	,777	,083
(80) Trabalhar em colaboração com as populações	,237	-,004	,561	,373

(cont.)

(73) Trabalhar com diversos grupos	,461	-,013	,536	,292
(81) Avaliar iniciativas de promoção da saúde	,362	,135	,505	,404
(72) Ajudar as pessoas a mobilizarem-se em torno de um tema	,424	,303	,495	,067
(83) Usar resultados de investigações no meu trabalho	,099	,283	,031	,790
(82) Usar teorias, modelos e matrizes conceptuais no trabalho	,182	,211	,136	,772
(84) Fomentar relações com líderes formais e informais	,444	,231	,129	,533
Valores próprios	7,764	2,895	1,386	1,052
Variância Explicada	39%	14%	7%	5%

O coeficiente de alpha de Cronbach, para a escala, foi de 0,91 – valor de consistência interna excelente (Hill e Hill, 2005).

No factor um o coeficiente de alpha de Cronbach foi de 0,87. No segundo factor, depois de eliminada a variável *Investir na redução dos riscos ambientais*, uma vez que não contribuía para a consistência interna, o alpha de Cronbach foi de 0,94. O terceiro factor teve um coeficiente de alpha de Cronbach de 0,81. O quarto factor, após a eliminação da variável *Fomentar relações com líderes formais e informais*, por não contribuir para a consistência interna, registou um coeficiente de 0,78.

Foram criadas quatro novas variáveis com a média aritmética dos itens que constituem os quatro factores (Tabela 33).

Tabela 33: Médias e desvio padrão das variáveis resultantes da sub-escala da Acção prévia – *Acções de promoção da saúde*

Escala	Média	Desvio padrão
<i>Intervenção nos factores de risco</i>	4,34	0,68
<i>Intervenção no grupo</i>	3,12	0,82
<i>Intervenção suportada e sustentada</i>	3,00	0,97
<i>Intervenção comunitária</i>	2,45	0,75

O teste T para amostras independentes confirmou que existem diferenças significativas na frequência com que são utilizadas estratégias de promoção dos estilos de vida saudáveis em função do género ($p=0,008 \leq 0,05$). A amostra de enfermeiros do sexo feminino apresenta valores médios de frequência de promoção de estilos de vida saudáveis superiores ($M=4,43$; $dp=0,65$) que a amostra do sexo masculino ($M=4,08$; $dp=0,73$) (*Apêndice 6.3*).

3.4 Escala do desejo de intervenção no futuro

Questionaram-se os enfermeiros sobre a forma como perspectivam a sua intervenção nos próximos dois anos em relação a um conjunto de acções no âmbito da promoção da saúde.

Em relação a avaliação das necessidades das pessoas na zona geográfica do hospital, os enfermeiros apresentaram um baixo nível de desejo em vir a estar envolvidos nesta actividade: 27,3% (38) referiram raramente ou nunca e 39,6% (55) ocasionalmente.

Em relação à construção de elos de ligação dentro da comunidade 15,8% (22) responderam que pretendem vir a estar envolvidos raramente ou nunca e 33,1% (46) ocasionalmente.

A partilha de poder é uma actividade onde 11,5% (16) se espera envolver raramente ou nunca, 28,3% (39) ocasionalmente e 60,2% (83) muitas vezes ou sempre.

O uso de resultados de investigações na prática diária de cuidados é uma estratégia que 15,7% (22) dos enfermeiros esperam vir desenvolver ocasionalmente e 80,7% (113) muitas vezes ou sempre.

Em relação à partilha de histórias e aprendizagens de sucesso com outros profissionais 14,8% (21) espera estar envolvido ocasionalmente e 84,5% (120) muitas vezes ou sempre.

Os enfermeiros esperam vir a estar envolvidos em actividades de promoção de estilos de vida saudáveis (hábitos alimentares saudáveis, redução tabágica e actividade física) muito frequentemente: cerca de 96% espera vir a participar nestas actividades. Em

relação à redução de riscos ambientais 81,7% (116) desejam vir a estar envolvidos *Muitas vezes* ou *Sempre*.

A AFCP realizada ao desejo dos enfermeiros em realizar acções de promoção da saúde mostrou uma estrutura de três factores (KMO= 0,920) que explicam 70 % da variância total. Originalmente foram retidos quatro factores que explicavam 66% da variância total (Anderson *et al*, 2004). A Tabela 34 apresenta os pesos factoriais de cada item em cada um dos 3 factores, os seus valores próprios, e a percentagem da variância explicada por cada factor.

Tabela 34: Pesos factoriais de cada item em cada factor, os seus valores próprios e a % da variância explicada por cada factor

Item	Factor		
	1	2	3
(94) Construir elos de ligação dentro da comunidade	,864	,271	,116
(91) Avaliar necessidades das pessoas na zona geográfica do hospital	,799	,151	,161
(93) Trabalhar com diversos grupos	,769	,403	,056
(95) Utilizar planeamento estratégico	,768	,404	,019
(100) Trabalhar em colaboração com as populações	,761	,217	,303
(101) Avaliar iniciativas de promoção da saúde	,704	,274	,234
(92) Ajudar as pessoas a mobilizarem-se em torno de um tema	,633	,332	,199
(96) Ajudar na resolução de conflitos	,609	,468	,016
(104) Fomentar relações com líderes formais e informais	,340	,756	,088
(105) Definir intervenções para fazer face a necessidades específicas	,341	,707	,236
(106) Partilhar histórias e aprendizagens de sucesso com outros profissionais	,134	,674	,404
(103) Usar resultados de investigações no meu trabalho	,248	,671	,248
(99) Possibilitar espaços de aprendizagem para outros	,371	,648	,363
(98) Partilhar poder	,494	,622	,113
(97) Usar o grupo como facilitador	,533	,620	,023
(102) Usar teorias, modelos e matrizes conceptuais...	,351	,580	,347
(109) Incentivar à actividade física	,104	,210	,941
(107) Incentivar hábitos alimentares saudáveis	,090	,218	,936
(108) Incentivar à redução tabágica	,075	,176	,932
(110) Investir na redução dos riscos ambientais	,294	,156	,674
Valores próprios	10,123	2,736	1,156
Variância Explicada	51%	14%	6%

O primeiro factor relaciona-se com as intervenções de ligação à comunidade e explica 51% da variância total. O segundo factor remete para as estratégias de educação para a saúde e explica 14% da variância total. O terceiro factor refere-se às intervenções centrada na promoção de estilos de vida saudáveis e explica 6% da variância total.

O coeficiente de alpha de Cronbach para a totalidade da escala foi de 0,95 – valor de consistência interna excelente (Hill e Hill, 2005). No primeiro factor o coeficiente de alpha de Cronbach foi de 0,93, no segundo 0,91 e no terceiro 0,90.

Foram criadas três novas variáveis com a média aritmética dos itens que constituem os três factores (Tabela 35).

Tabela 35: Médias e desvio padrão das variáveis resultantes da Escala do desejo de intervenção no futuro

Escala	Média	Desvio padrão
<i>Promoção de estilos de vida saudáveis</i>	4,54	0,60
<i>Estratégias de educação para a saúde</i>	3,98	0,66
<i>Intervenção de ligação à comunidade</i>	3,58	0,83

O teste T para amostras independentes confirmou que existem diferenças significativas no desejo de promover estilos de vida saudáveis ($p=0,014 \leq 0,05$) consoante o género. As mulheres apresentam valores médios de desejo de utilização futura de estratégias de relacionadas com a promoção dos estilos de vida saudáveis: ($M=4,62$; $dp=0,51$) superiores que os homens ($M=4,34$; $dp=0,76$) (Apêndice 6.4).

O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (teste de homogeneidade de Levene revelou valores baixos) mostrou que existem diferenças significativas no desejo de intervenção futura na promoção de estilos de vida saudáveis consoante a categoria profissional (valor do teste 4,005 tem associado um nível de significância de $0,045 < 0,05$). Os valores médios de desejo de intervenção dos enfermeiros na categoria *Enfermeiro* ($M=4,64$; $dp=0,50$) são superiores à da categoria *Graduado* ($M=4,38$; $dp=0,72$). (Apêndice 6.5).

No Apêndice 6.6 são descritos os valores dos coeficientes de alpha de Cronbach e os pesos factoriais das escalas e sub-escalas da *Will scale*.

4. Atitude face a acções que aumentam a adesão ao regime terapêutico

Questionaram-se os enfermeiros em que medida concordavam ou discordavam com a importância de um conjunto de factores na adesão ao regime terapêutico. Globalmente registaram-se níveis elevados de concordância em relação aos itens apresentados. Algumas variáveis são apresentadas na tabela seguinte.

Tabela 36: Atitudes dos enfermeiros face a estratégias de promoção da adesão ao regime terapêutico

	<i>Discordo totalmente</i>		<i>Discordo</i>		<i>Nem discordo nem concordo</i>		<i>Concordo</i>		<i>Concordo totalmente</i>	
	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi
Articulação hospital/comunidade										
Articulação hospital/comunidade	-	-	1,4	2	10,6	15	47,5	67	40,4	57
Referencia reabilitação cardíaca	-	-	2,1	3	5,0	7	36,2	51	56,7	80
Acompanhamento do enf. na comunidade	-	-	2,1	3	4,3	6	43,3	61	50,4	71
Acompanhamento médico na comunidade	0,7	1	1,4	2	6,4	9	45,4	64	46,1	65
Manutenção contacto com enf. hospitalar	0,7	71	7,8	11	22,0	31	46,1	65	23,4	33
Monitorização telefónica enf. hospitalar	1,4	2	10,6	15	26,2	37	43,3	61	18,4	26
Métodos de educação para a saúde										
Distribuição de folhetos informativos	-	-	0,7	1	5,7	8	51,1	72	42,6	60
Sessões individuais de educação	-	-	1,4	2	5,0	7	50,7	71	42,9	60
Sessões de educação em grupo	-	-	1,4	2	6,4	9	49,6	70	42,6	60
Integração dos familiares nos cuidados	-	-	0,7	1	2,1	3	32,1	45	65,0	91
Integração dos doentes nos cuidados	-	-	-	-	2,8	4	31,9	45	65,2	92
Conhecimentos dos utentes	-	-	0,7	1	8,6	12	51,4	72	39,3	55
Formação/actualização										
Discussão de casos entre enfermeiros	-	-	1,4	2	7,9	11	56,4	79	34,3	48
Discussão de casos entre profissionais de saúde	-	-	2,8	4	6,4	9	56,7	80	34,0	48
Actualização de conhecimentos	-	-	-	-	1,4	2	33,3	47	65,2	92
Integração de resultados de investigação nos cuidados de enfermagem	-	-	0,7	1	11,3	16	46,8	66	41,1	58

A articulação entre o hospital e comunidade é um aspecto valorizado na adesão ao regime terapêutico da pessoa com EAM: 87,9% (124) dos enfermeiros referiram concordar ou concordar totalmente com a importância desta estratégia na adesão.

Outros números mostram que 92,9% (131) dos enfermeiros concordam ou concordam totalmente que a referência da pessoa com EAM é determinante na problemática da adesão.

Os enfermeiros suportam a necessidade de se manter um acompanhamento por parte dos profissionais de saúde na comunidade; 93,7% (132) concordam ou concordam totalmente que o acompanhamento dos enfermeiros dos cuidados de saúde comunitária.

Já em relação à manutenção do contacto dos enfermeiros do contexto hospitalar com a pessoa com EAM como estratégia de promoção da adesão ao regime terapêutico os níveis de concordância não são tão elevados; 29,8% (42) discorda ou não concorda nem discorda com a importância da manutenção do contacto com o enfermeiro hospitalar e 36,8% (52) discorda ou não concorda nem discorda com a estratégia de monitorização telefónica realizada pelo enfermeiros do contexto hospitalar.

Alguns itens que estão relacionados com estratégias de educação para a saúde, como a realização de sessões de educação para a saúde individuais e em grupo, a distribuição de folhetos informativos e a integração do doente/pessoas significativas nos cuidados de enfermagem reúnem consenso: mais de 90% concordam ou concordam totalmente com a sua importância na adesão ao regime terapêutico.

Resultados muito parecidos foram obtidos em relação à implicação das estratégias de formação e actualização de conhecimentos (discussão de casos entre enfermeiros/profissionais de saúde, actualização de conhecimentos, integração de resultados de investigação nos cuidados de enfermagem) na adesão ao regime terapêutico.

Também foi explorada a opinião dos enfermeiros em relação à utilização de estratégias de educação para a saúde – modelo informativo, modelo persuasivo-motivacional e modelo político-económico-ecológico.

Os valores médios dos itens de cada um dos modelos indicam que os enfermeiros valorizam mais uma abordagem centrada na transmissão de conhecimentos (Tabela 37).

Tabela 37: Modelos de educação para a saúde: alpha de Cronbach, média e desvio padrão

Modelo	Alpha de Cronbach	Média	Desvio padrão
<i>Informativo</i>	0,80	4,65	0,44
<i>Persuasivo-motivacional</i>	0,72	4,26	0,61
<i>Político-económico-ecológico</i>	0,89	4,23	0,53

Seguidamente é apresentada a tabela com a distribuição de frequências.

Tabela 38: Atitudes dos enfermeiros face aos modelos de educação para a saúde

Modelos	Discordo totalmente		Discordo		Nem discordo nem concordo		Concordo		Concordo totalmente	
	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi
Informativo (<i>Enf. Prescritor</i>)										
Transmissão de conhecimentos sobre a doença cardíaca	-	-	-	-	2,8	4	39,0	55	58,2	82
Informa o que deve/não deve fazer	-	-	-	-	2,8	4	27,7	39	69,5	98
Informa sobre alterações que deve introduzir nos seus hábitos de vida	-	-	-	-	0,7	1	27,0	38	72,3	102
Persuasivo/motivacional (<i>Enf. persuasor</i>)										
Estabelece objectivos/metast para o utente	0,7	1	1,4	2	8,5	12	52,5	74	36,9	52
Persuade o utente a introduzir mudanças nos seus estilos de vida	0,7	1	0,7	1	9,9	14	44,7	63	44,0	62
Convence o utente a abandonar comportamentos nocivos à saúde cardíaca	0,7	1	4,3	6	7,8	11	44,7	63	42,6	60
Político-Económico-Ecológico (<i>Enf. mediador</i>)										
Conhece percepções (do utente) sobre determinantes da doença	-	-	0,7	1	6,4	9	60,3	85	32,6	46
Conhece percepções e significados (do utente) sobre regime terapêutico	-	-	0,7	1	2,8	4	60,3	85	36,2	51
Desenvolve competências (nos utentes) a partir do seu <i>background</i> social	-	-	2,1	3	12,1	17	60,0	84	25,7	36
Desenvolve competências (nos utentes) a partir dos seus conhecimentos	-	-	1,4	2	5,0	7	61,0	86	32,6	46

Perguntas abertas

Relativamente às perguntas abertas realizadas no questionário, realizado o tratamento sumário, pela dispersão das respostas apresentadas, não se considerou relevante a sua apresentação nos dados.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A população inquirida neste estudo é constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino (74,1% - 106). Estes números confirmam o predomínio das mulheres na profissão e, neste caso, na intervenção junto de pessoas com EAM. Estes números aproximam-se dos que constam no relatório da Ordem dos Enfermeiros “*As condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*” (OE, 2004) onde as mulheres representavam 80,9% da população de enfermeiros.

No relatório a OE (2004) referia que a maioria dos enfermeiros era relativamente jovem: 65,7% tinha menos de 45 anos e 13,6% os menos de 25 anos. No presente trabalho, a jovialidade dos enfermeiros é ainda mais acentuada: 93% (133) têm menos de 45 anos e 28,7% (41) têm menos de 25 anos. De facto, 49% (70) têm uma idade ≤ 26 anos e 60,8% (87) têm idade ≤ 30 anos.

Os números confirmam que, no contexto da prestação de cuidados ao EAM, a população de enfermeiros é muito jovem.

Em relação às habilitações académicas 84,8% (117) tinham a *Licenciatura*, 10,9% (17) o *Curso Superior de Enfermagem (Bacharelato)*; nenhum referiu apresentar o *Curso de Estudos Superiores de Especialização em Enfermagem*. O relatório da OE (2004) reportou números diferentes: 39,1% apresentavam o *Curso Superior de Enfermagem (Bacharelato)*, apenas 38,6% a *Licenciatura* e 9,2% *Curso de Estudos Superiores de Especialização em Enfermagem*.

O elevado número de licenciados entre a população inquirida neste estudo pode ser explicada pela idade jovem de grande parte dos enfermeiros que já se formaram depois de 1999 quando o Curso de Enfermagem passou a um ciclo único de Licenciatura.

A juventude dos enfermeiros inquiridos é reforçada pela análise da antiguidade na profissão. Os dados deste estudo revelam uma população com pouca experiência

profissional: 48,2% (68) exerciam a profissão há menos de 3 anos e 58,2% (82) há menos de 5 anos. No trabalho da OE (2004) 29,6% dos enfermeiros exerciam a profissão há <5 anos e 52,7% tinham menos de 10 anos de profissão. Neste estudo apenas 8,5% (12) dos enfermeiros tinham mais de 20 anos de profissão ao contrário dos cerca de 20% no inquérito da OE (2004).

A juventude dos enfermeiros é reforçada pela análise da antiguidade no serviço. Os dados indicam que a amostra de enfermeiros apresenta um tempo de permanência no serviço actual reduzido: 27,4% (37) dos enfermeiros exercem funções no serviço há um anos ou menos 62,2% (84) há três anos ou menos.

Estes dados podem ter outra leitura de acordo com o modelo de aquisição e desenvolvimento de competências de Patrícia Benner. Benner (2005) definiu 5 estádios para a aquisição e desenvolvimento de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Definiu horizontes temporais para o desenvolvimento de competências no estado Competente, ao referir que “a enfermeira competente trabalha no mesmo serviço há 2/3 anos” e no estado Proficiente: “encontramos enfermeiras proficientes nas que trabalham com a mesma população de doentes há cinco anos”. A partir destes horizontes temporais definiram-se três categorias: 1) enfermeiros no estado Iniciado Avançado com antiguidade no serviço <2 anos; 2) enfermeiros no estado Competente com antiguidade entre [3-5 anos[e; 3) enfermeiros no estado Proficiente/Perito com tempo de serviço >5 anos. Não se considerou o estado de Iniciado, ou seja, os enfermeiros que “não têm experiência de situações com que possam ser confrontadas” (Benner, 2005) porque não foram incluídos na amostra.

De acordo com o horizonte temporal definido pela autora para os cinco estados de desenvolvimento de competências (Benner, 2005) conclui-se que cerca de metade dos enfermeiros (48,9%- 66) se encontram num nível de desenvolvimento de competências de Iniciado Avançado, 21,5% (29) num nível Competente e 29,6% (40) Proficiente/Perito.

O predomínio de enfermeiros no estado de *Iniciado avançado* no que diz respeito ao desenvolvimento de competência pode comportar alguns riscos. Para Benner (2005) os enfermeiros no estado *Iniciados avançado* “já fizeram frente a situações reais em número suficiente para notar os factores significativos que se reproduzem em situações

idênticas”. No entanto, os enfermeiros tendem a dar a mesma importância a todos os atributos e a todos os aspectos na avaliação de uma situação junto dos utentes e “têm tendência a ignorar o que as diferencia de uma maneira significativa” (Benner, 2005).

Benner (2005) alerta ainda para a necessidade destes enfermeiros necessitarem de ser enquadrados no contexto da prática clínica onde trabalham e de supervisão para desenvolverem as suas práticas:

A implicação maior (...) reside no facto de que as enfermeiras principiantes precisarem de ser enquadradas no contexto da prática clínica. Necessitam de ajuda, por exemplo, em matéria de prioridades porque vão agir em função dos critérios gerais, e começam agora a conhecer situações repetitivas que são características do quadro da prática diária. O cuidado que é levado aos doentes deve ser verificado pelas enfermeiras que atingiram pelo menos o nível de *competente*, afim de se assegurar que as necessidades dos doentes não são negligenciadas, porque a principiante ainda não é capaz de fazer a triagem entre o que é mais e o que é menos importante.

Ou seja, o trabalho de Benner reforça que os enfermeiros no nível de desenvolvimento *Iniciado Avançado* ainda necessitam de desenvolver um conjunto de competências para realizarem um trabalho autónomo e competente quer na avaliação de situações clínicas, quer na intervenção e resolução de problemas no âmbito da relação terapêutica.

O vínculo laboral dos enfermeiros com as instituições está a mudar. Neste trabalho o vínculo mais frequente entre enfermeiros é o *Contracto individual de Trabalho – Tempo Indeterminado* em 49,6% (57), enquanto que 40% (46) pertencem ao quadro da instituição. No relatório OE (2004) o panorama da vinculação dos enfermeiros às instituições de saúde era diferente: a maioria (77,1%) estava integrada no quadro da instituição. Este novo quadro é suportado pelas mudanças de legislação laboral e dos modelos de gestão entretanto ocorridas.

As questões relacionadas com a formação contínua ou aprendizagem ao longo da vida são centrais para o exercício profissional competente e baseado na evidência. A OE (2004) reforça que o enfermeiro deve assumir a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências. No processo de tomada de decisões e implementação de intervenções, o enfermeiro deve incorporar resultados da investigação na sua prática de cuidados (OE, 2004).

Os dados deste trabalho mostram que apesar da maioria dos enfermeiros (64,1%- 91) referir actualizar conhecimentos com muita frequência na área de intervenção na pessoa com EAM, uma parte considerável fá-lo ocasionalmente – 35,2% (50).

Os dados revelam ainda que o desenvolvimento de uma intervenção baseada na evidência pode ser melhorada.

A OE (2003) reconhece que o exercício profissional de Enfermagem de qualidade deverá ter por base cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica sob a forma de guias orientadores (*guidelines*). Quando questionados sobre a frequência com que integram resultados decorrentes de trabalhos de investigação no último ano 42,9% (60) dos enfermeiros referiram fazê-lo *Ocasionalmente* e 22,8% (32) referiram fazê-lo *Raramente* ou *Nunca*.

No entanto, 80,7% (113) referiram desejar usar resultados de investigação no futuro *Muitas vezes* ou *Sempre*; 15,7% (22) ainda refere desejar fazê-lo *Ocasionalmente*. Estes números podem significar que boa parte dos enfermeiros está disposta a prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência sendo necessário criar condições favoráveis para que tal aconteça.

A DGS (2002) defende que os conteúdos da formação contínua devem ser desenvolvidos de acordo com os desafios da colaboração inter profissional e do trabalho em equipa e que uma das estratégias passa por reuniões para discussão de casos clínicos. A OE (2004) reforça a necessidade de colaboração entre profissionais de saúde como estratégia de aprendizagem ao definir a competência *Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde* para o enfermeiro de cuidados gerais.

Alguns dados deste trabalho relacionam-se com esta temática. Quando questionados sobre a frequência com que partilham histórias de aprendizagem de sucesso com outros profissionais de saúde 7,1% (10) referiram que raramente o fizeram no último ano, e 26,2% (37) ocasionalmente. No entanto, 84,5% (120) dos enfermeiros esperam fazê-lo *Muitas vezes* ou *Sempre* nos próximos dois anos. Estes dados sugerem que a estratégia de comunicação interprofissional pode ser melhorada.

A este propósito Clark *et al* (2002) salientam que a percepção que os profissionais de saúde têm do seu papel na prevenção secundária reflecte uma perspectiva individual

(representação do núcleo de intervenções inerentes ao seu papel) e profissional (representação das intervenções associadas à profissão) e não uma perspectiva de intervenção multidisciplinar baseada na partilha de objectivos.

Outros indicadores mostram que a maioria dos enfermeiros concordam com as estratégias de aprendizagem intra e interprofissional no âmbito da adesão ao regime terapêutico: 90,7% dos enfermeiros referem *Concordar* ou *Concordar totalmente* que a discussão de casos entre a equipa de enfermagem e entre profissionais de saúde são importantes na temática da adesão ao regime terapêutico.

No decurso deste trabalho exploraram-se algumas dimensões da intervenção dos enfermeiros, no âmbito dos factores de risco, na pessoa com EAM.

McBride (1994) realizou um estudo no qual explorou as atitudes, crenças e práticas de promoção da saúde de enfermeiros em contexto hospitalar. Concluiu que os enfermeiros têm uma forte percepção da ligação entre os estilos de vida (hábitos tabágicos, exercício físico e dieta) e o desenvolvimento da doença coronária (McBride, 1994). Os números deste estudo parecem validar os resultados de McBride (1994), uma vez que a quase totalidade dos enfermeiros ($\pm 97\%$) considerou importante intervir ao nível dos hábitos tabágicos, alimentação saudável e exercício físico na pessoa com EAM. Quando questionados sobre a frequência com que intervieram no último anos mais de 80% dos inquiridos mencionaram tê-lo feito muitas vezes/sempre. Estes números validam a importância atribuída aos factores comportamentais como área de intervenção na prática de cuidados de enfermagem na pessoa com EAM.

Outro dado que emerge dos resultados é o facto de uma parte dos enfermeiros discordar com a importância de intervir ao nível dos factores de risco psicossociais do EAM. Para além disso, sentem pouca confiança nas suas capacidades para intervir nestes factores e a frequência com que intervieram a este nível foi baixa.

São inúmeras as referências da influência da exposição a fontes de stresse (lar, emprego, relação conjugal, falência de negócios, conflitos familiares graves, perda de emprego, morte do cônjuge) na incidência e recorrência de EAM (Rosengren *et al*, 2004; Orth-Gomer *et al*, 2000). No entanto, 11,3% (16) dos enfermeiros referiram que não concordavam nem discordavam que era importante intervir a este nível. Para além disso, 16,6% (23) referem que raramente ou nunca intervieram neste factor e 32,4% (45)

ocasionalmente. Os níveis de confiança para intervir a este nível são baixos em 22,6% (32) dos enfermeiros pois referiram sentir-se pouco ou nada confiantes.

Alguns trabalhos demonstram uma associação entre o suporte social e a doença cardíaca. Os grupos com níveis baixos de suporte social têm um risco aumentado de desenvolvimento de doença coronária (população saudável e com doença coronária) (Lett *et al*, 2005).

Quando questionados sobre esta variável 5% (7) dos enfermeiros discorda que é importante intervir a este nível, enquanto que 28,6% (40) referiram *Não discordo nem concordo*. O desenvolvimento de intervenções a este nível também é baixo: 26,9% (38) refere que raramente ou nunca desenvolveu intervenções a este nível e 45,4% (64) ocasionalmente. Por último, 42,9% dos enfermeiros refere sentir-se pouco ou nada confiantes nas suas capacidades para intervir neste factor. No entanto, quando questionados se a integração dos familiares nos cuidados de enfermagem promovia a adesão ao regime terapêutico 97,1% (136) referiram concordar ou concordar totalmente. Ou seja, os enfermeiros valorizam o suporte social como estratégia na reabilitação da pessoa com EAM.

O baixo estatuto socio-económico aumenta o risco de mortalidade cardiovascular (Song *et al*, 2006 e Alter *et al*, 1999) e a taxa de recorrência de EAM (Rao *et al*, 2003). Neste trabalho, 16,8% (23) dos enfermeiros discordam ou discordam totalmente que deviam intervir neste factor; 41,6% (57) nem discorda nem concorda; 56,3% (80) referiram raramente ou nunca ter intervindo a este nível. Grande parte dos enfermeiros sente-se pouco ou nada confiante em intervir neste factor -62,5% (87).

Song *et al* (2006) referem que as diferenças encontradas entre pessoas de estatutos socio-económicos diferentes expõem um problema: a iniquidade no uso dos serviços de saúde que contribuiu, parcialmente, para as desigualdades na mortalidade cardiovascular.

Os enfermeiros ao desvalorizarem a intervenção neste factor podem estar a contribuir para a iniquidade do acesso aos cuidados de saúde e para as diferenças encontradas nos vários indicadores de saúde cardiovascular.

Em relação aos factores ambientais os enfermeiros parecem discordar mais da importância de intervir a este nível.

Quando questionados em relação à importância de intervir ao nível da pobreza 22,7% (32) dos enfermeiros responderam discordar ou discordar totalmente; 45,4% (64) nem discorda nem concorda. Ou seja, parte considerável dos enfermeiros não valoriza a necessidade de intervir neste factor de risco do EAM. De referir que 63,1% (89) enfermeiros referiram raramente ou nunca ter intervindo a este nível no último ano; 76,6% (108) sentem-se pouco ou nada confiantes para intervir a este nível.

A mesma tendência de resposta foi encontrada em relação ao factor *Diferenças de rendimentos*: 24,1% (34) discorda ou discorda totalmente com a importância de intervir a este nível, 55,3% (78) nem concorda nem discorda; 82,3% (116) raramente ou nunca intervieram neste factor ao longo do último ano e 79,5% (112) sentem-se pouco ou nada confiantes nas suas capacidades de intervenção a este nível.

No entanto, existem vários estudos que demonstram uma relação entre os rendimentos económicos e vários indicadores de saúde cardiovascular (mortalidade após EAM) bem como a desigualdade no acesso cuidados de saúde (procedimentos cardíacos invasivos) (Alter *et al*, 2006; Rao *et al*, 2003).

Alter *et al* (2006) encontraram diferenças na taxa de mortalidade cardiovascular (mediada pela idade, eventos cardíacos prévios e factores de risco cardiovascular), dois anos após o EAM, entre pessoas pobres e ricas numa população. Os autores referiram que estas diferenças podem ser diminuídas através de uma gestão mais eficaz dos factores de risco cardiovascular em pessoas com rendimentos económicos mais baixos.

Ao desvalorizarem o impacto das intervenções nos factores: baixo estatuto socio-económico, pobreza e diferença de rendimentos entre os mais ricos e mais pobres, os enfermeiros podem estar a contribuir para as desigualdades nos indicadores de saúde. Estas desigualdades são potenciadas de várias maneiras, por exemplo, ao não se identificarem estas pessoas e não se diferenciarem intervenções na promoção de comportamentos de saúde, quer em relação à mudança comportamental (para redução dos factores de risco cardiovascular), quer em relação à utilização de estratégias de promoção do acesso aos cuidados de saúde.

A intervenção nas *Condições precárias de trabalho* não é valorizada por uma parte considerável dos enfermeiros: 20% (28) referem discordar ou discordar totalmente e 50,7% (71) nem discorda nem concorda que devia intervir a este nível. Para além disso,

75,2% (106) dos enfermeiros referiram raramente ou nunca ter intervindo a este nível; 75,9% (107) sentem-se pouco ou nada confiantes para intervir nestes factores.

Estes números podem ser preocupantes tendo em conta alguns dados que têm demonstrado associação entre as condições de trabalho e sua influência no decurso do EAM. Por exemplo, o trabalho de Rosengren *et al* (2004) demonstrou que a exposição a fontes de stresse ocupacional aumentava o risco de incidência de EAM. Matthews e Gump (2002) relacionou o número de factores de stresse no trabalho com um aumento da mortalidade cardiovascular e Sokejima e Kagamimori (1998) encontraram relação entre o número médio de horas de trabalho e o risco de EAM.

Outro dado relevante é a desvalorização por parte dos enfermeiros de intervir nos factores relacionados com as várias formas de discriminação e que têm implicações no EAM. Quando questionados, 15,1% (21) dos enfermeiros referiu discordar ou discordar totalmente e 53,2% (74) nem discorda nem concorda que devia intervir ao nível da discriminação sexual, racial e relacionada com o envelhecimento. Outros números mostram que 70,9% (100) dos enfermeiros raramente ou nunca desenvolveram intervenções em relação a este factor e que 65,2% (92) estão pouco ou nada confiantes nas suas capacidades de intervenção nesta área.

Estes números revelam uma não valorização da intervenção neste factor de risco, enquanto alguns dados sugerem que alguns grupos parecem ser mais vulneráveis em termos de saúde cardiovascular, dado terem um menor acesso aos cuidados de saúde e receberem abordagens terapêuticas diferentes. Romanelli *et al* (2002) concluíram que às pessoas idosas com depressão lhes é prescrito menor número de medicamentos após o EAM. As mulheres são menos referenciadas para programas de reabilitação cardíaca após um EAM que os homens (Halm *et al*, 1999). E Allen (2004) encontrou diferenças na referência de mulheres para programas de reabilitação cardíaca em função da raça.

Uma parte significativa dos enfermeiros não atribui importância à intervenção nos factores de risco psicossociais e ambientais no contexto da pessoa com EAM. Estes números podem reflectir défice de conhecimentos em relação à implicação destes factores na doença.

Vejamos as implicações que a desvalorização dos factores de risco psicossociais e ambientais podem ter ao nível da adesão ao regime terapêutico.

A adesão ao regime terapêutico e consequente gestão dos factores de risco passa pela adopção de um conjunto de comportamentos protectores da saúde cardíaca que é mediada, em parte, por factores de ordem psicossociais e ambientais. A este propósito Mendes (2005) refere:

“A doença crónica é um acontecimento que essencialmente ocorre entre o doente e os seus mundos sociais e por isso se diz que as alterações que a doença impõe na vida do sujeito são, na maioria dos casos, muito mais problemáticos que a própria doença em si”.

Mendes (2005)

Os regimes terapêuticos “não são automaticamente aceites pelos indivíduos, mas são avaliados em função das suas consequências. As prescrições e tratamentos opõem-se frequentemente “ao quotidiano do doente, ao trabalho, aos divertimentos, às relações familiares e sociais: é a lógica profissional/da saúde contra a lógica social” (Mendes, 2005). Ou seja, na gestão quotidiana da doença, por vezes, os critérios sociais acabam por ser mais decisivos que os critérios clínicos (Mendes, 2005). A autora afirma ainda que a subvalorização e incompreensão desta realidade complexa por parte dos profissionais têm-se traduzido negativamente na qualidade dos cuidados prestados aos doentes crónicos.

Robinson e Hill (1999) propõem, para os enfermeiros a nível hospitalar, uma nova perspectiva de intervenção nas principais questões de saúde, procurando compreendê-las numa perspectiva social, económica e ambiental. Na prática implica que os enfermeiros, para além de necessitarem de ter conhecimentos que lhes permitam responder a questões, por exemplo, sobre alimentação, precisam de compreender alguns aspectos sociais e económicos da alimentação para que a sua educação seja enquadrada e realística (Robinson, e Hill 1999). A este propósito Coucello (1997) diz:

“Por exemplo, a implementação de uma dieta não realista, não adaptada às condições socio-económicas e psicológicas individuais pode induzir stress, a depressão, ou seja, o estado de desequilíbrio do sistema. Apesar da intenção ser perfeitamente legítima, não se pode, em nome do bom funcionamento de um sub-sistema (biológico), produzir desequilíbrio no(s) outro(s) sub-sistema(s) (psicológico e social) sob pena de induzir o desequilíbrio e a doença”.

(Couvello, 1997, pp. 46)

Rodrigues (2005) refere que a educação para a saúde tem de se relacionar com o contexto sócio-cultural”. O autor afirma:

“ (...) é imprescindível que a educação para a saúde se alicerce na aquisição de novos comportamentos, a nível individual e social, reduzindo os factores políticos, económicos e ambientais que possam ter um efeito neutralizante e negativo sobre o comportamento”.

Rodrigues (2005)

A aparente desvalorização dos factores de risco psicossociais no contexto do EAM pode ter várias explicações. Rosengren *et al* (2004) alertam que estas variáveis são mais difíceis de definir objectivamente que os factores de risco cardiovasculares tradicionais e como tal é mais difícil avaliar o seu contributo na etiologia da DIC. Esta pode ser uma das razões pelas quais estes factores de risco são menos divulgados nos canais de comunicação e nas *guidelines* de intervenção nacionais e internacionais e como tal conhecidas dos enfermeiros.

Esta discussão estabelece uma ponte para a relação terapêutica que os enfermeiros estabelecem com a pessoa e de que forma é que essa relação se desenvolve no âmbito da construção de condições para a adesão ao regime terapêutico.

A maioria dos enfermeiros concorda que a qualidade da relação que se estabelece entre o enfermeiro e o sujeito de cuidados e a sua integração nos cuidados de enfermagem são factores promotores da adesão ao regime terapêutico. No entanto, quando questionados sobre a frequência com que tinham utilizado a estratégia de promoção da saúde *Partilhar poder*, uma parte significativa fá-lo com pouca frequência (33,1% *Raramente* ou *Nunca* e 26,5% *Ocasionalmente*).

O item *Partilhar poder* está ligado ao conceito *empowerment*. Para Rodrigues *et al* (2005b, pp. 90) *empowerment* significa “promover a mudança individual, proporcionando às pessoas informações sobre recursos, informação e competências que as pessoas utilizarão para mudar as vidas”. A teoria do *empowerment*, aplicada à promoção da saúde “visa tornar os utentes mais desfavorecidos cada vez menos dependentes e cada vez mais capazes de tomarem decisões sobre as suas vidas, tendo em vista estilos de vida saudáveis e a criação de situações favoráveis à mudança social” (Rodrigues *et al*, 2005, pp. 95).

O *empowerment* também está relacionado com a forma como o sujeito dos cuidados é integrado no processo de decisão terapêutica.

Os dados deste estudo revelaram que o modelo de educação para a saúde que suscitou maior concordância entre os enfermeiros, como estratégia para promover a adesão ao regime terapêutico, foi o modelo informativo no qual o enfermeiro assume um papel prescritivo na transmissão de conhecimentos. Neste modelo, ao nível da relação terapêutica, o profissional de saúde assume um papel paternalista sobre o sujeito de cuidados; é uma relação baseada na ditadura do *expert* (Turabian e Franco, 2001, citados por Rodrigues *et al*, 2005).

Esta forma de transmissão de informação tende a desvalorizar o papel do utente na relação terapêutica e põe em causa o modelo de *empowerment* dos profissionais de saúde. Rodrigues (2005) defende para a relação terapêutica o princípio da participação activa que garanta o respeito das pessoas e nesta perspectiva a relação educativa é caracterizada por fazer algo *com os outros* em vez de *para os outros*. Coucello (1997, pp. 15) afirma que quanto mais a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e as pessoas tender para a simetria, assumindo a pessoa uma participação activa em todo o processo, maior é a probabilidade deste aderir a comportamentos saudáveis.

A dimensão política também foi pesquisada na intervenção dos enfermeiros. O trabalho de McBride (1994) permitiu concluir que os enfermeiros consideram importante desenvolver uma dimensão política no trabalho hospitalar. Assim, 95,5% consideraram que deviam assumir um papel na elaboração das políticas de saúde (McBride, 1994). Neste trabalho, esta dimensão também foi avaliada e 71,1% (101) dos enfermeiros referiram nunca/raramente ter estado envolvidos na construção de políticas saudáveis no último ano.

A intervenção comunitária dos enfermeiros também foi explorada. McBride (1994) referiu que 89,2% dos enfermeiros consideram que deveriam ter um papel mais activo na prevenção da doença na comunidade, apesar do seu *background* hospitalar. Neste trabalho constatou-se que os enfermeiros percebem uma baixa participação na promoção da saúde a nível da comunidade: 45,0% (63) referiram que raramente ou nunca participaram no reforço da acção comunitária de forma a aumentar o controlo sobre as determinantes da saúde; 38,6% (54) referiram ocasionalmente. Quando

questionados em relação á frequência com que trabalharam em colaboração com as populações 61,2% (85) referiram que o fizeram *Raramente* ou *Nunca* no último ano. No entanto, 61,4% (86) esperam vir a participar muitas vezes/sempe nestas actividades nos próximos dois anos.

CONCLUSÕES

As principais conclusões deste estudo são:

- A população de enfermeiros inquirida é na sua maioria licenciada (84,8%), jovem ($M=30,5$; $dp=8,0$), 49% têm uma idade ≤ 26 anos e apresenta pouca experiência profissional ($M=7,7$; $dp=7,6$), 48,2% exerce a profissão à menos de 3 anos.
- A antiguidade dos enfermeiros no serviço actual é reduzida ($M=4,7$; $dp=4,6$), 48,9% estão no serviço há menos de 2 anos, ou seja, aproximadamente metade dos enfermeiros, segundo Benner (2005), está numa fase de desenvolvimento de competências de *Iniciado Avançado* com necessidade de se adaptar ao contexto profissional e de desenvolver inúmeras competências ao nível da avaliação e tomada de decisões na intervenção terapêutica Benner (2005).
- A prática de enfermagem baseada na evidência necessita ser enfatizada uma vez que 35,2% dos enfermeiros referiu actualizar conhecimentos na área intervenção da pessoa com EAM Às vezes e 42,9% (60) referiram integrar resultados decorrentes de trabalhos de investigação *Ocasionalmente* e 22,8% (32) *Raramente* ou *Nunca*.
- Os enfermeiros acreditam que deviam intervir com mais frequência nos factores de risco fisiológicos e comportamentais que nos factores psicossociais e ambientais; a confiança que têm nas capacidades para intervir nos factores de risco fisiológicos e comportamentais é maior que nos factores psicossociais e ambientais e no último ano, intervieram mais frequentemente nos factores de risco fisiológicos e comportamentais que nos psicossociais e ambientais.
- Existem diferenças significativas na importância que atribuem à intervenção nos factores de risco comportamentais e psicológicos ($p=0,026 \leq 0,05$) na pessoa com EAM

consoante o género: as mulheres acreditam mais que é importante intervir nesses factores (sexo feminino $M=4,28$; $dp=0,45$ e sexo masculino $M= 4,08$; $dp= 0,52$);

- Existem diferenças significativas na frequência com que os enfermeiros intervieram nos factores de risco psicológicos/sociais/ambientais, no último ano, em função da categoria profissional ($p= 0,012 \leq 0,05$): os enfermeiros com categoria profissional *Graduado* intervieram mais frequentemente nestes factores que os enfermeiros da categoria *Enfermeiro* (*Enfermeiro graduado* $M= 2,56$, $dp=0,86$ e *Enfermeiro* $2,23$; $dp=0,64$);

- Existem diferenças significativas em relação á promoção de estilos de vida saudáveis no último ano em função do género ($p=0,008 \leq 0,05$): as mulheres promoveram estilos de vida saudáveis com mais frequência que os homens (mulheres: $M=4,43$; $dp=0,65$ e homens: $M=4,08$; $dp=0,73$);

- Existem diferenças significativas no desejo de promover estilos de vida saudáveis nos próximos dois anos ($p=0,014 \leq 0,05$) consoante o género: as mulheres pretendem vir a desenvolver estratégias de promoção dos estilos de vida saudáveis com maior frequência que os homens (mulheres: $M=4,62$; $dp=0,51$ e homens: $M=4,34$; $dp=0,76$);

- Existem diferenças significativas no desejo de intervir futuramente ao nível da promoção de estilos de vida saudáveis em função da categoria profissional ($p=0,045 < 0,05$). Os enfermeiros na categoria *Enfermeiro* pretendem fazê-lo com mais frequência que os enfermeiros da categoria *Enfermeiro* (*Enfermeiro*: $M= 4,64$; $dp= 0,50$ e *Enfermeiro Graduado*: $M=4,38$; $dp= 0,72$).

- Em relação ao “ensaio” do estudo de validação da *Will scale*: o teste de Esfericidade de *Bartlett* e Medida de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) permitiram a realização da análise factorial em componentes principais (AFCP). Da AFCP emergiram 16 factores, os mesmos que no estudo original de Anderson *et al* (2004), que revelaram boa consistência interna, com valores de alpha de Cronbach que variaram entre 0,71 a 0,98.

SUGESTÕES

A realização deste trabalho permitiu uma reflexão sobre o quadro de intervenção dos enfermeiros junto de pessoas com EAM durante o internamento hospitalar. Desta reflexão surgiram um conjunto de sugestões que poderão contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados e responder aos desafios que se colocam à profissão de enfermagem nesta área.

As sugestões organizam-se em três áreas: a divulgação, o progresso para a prática de cuidados e a investigação.

Numa primeira fase parece relevante divulgar os resultados do estudo em cada uma das unidades hospitalares, nomeadamente ao nível das Direcções de Enfermagem, Departamentos de Formação e nos serviços que participaram no estudo.

Esta divulgação poderá ser uma oportunidade para promover uma discussão em torno da intervenção dos enfermeiros nestes contextos, pela utilização de dispositivos de formação – acções de formação em serviço. Assim, será importante discutir e relevar a necessidade dos enfermeiros intervirem nos factores de risco psicossociais e ambientais determinantes do EAM. Desta forma poder-se-á estabelecer estratégias de desenvolvimento de competências de modo a reforçar-se a confiança que os enfermeiros têm nas suas capacidades e aumentar a frequência com que intervêm nestes factores de risco. Ao longo deste processo o investigador poderá constituir-se como um recurso dinamizador.

Tendo em conta o desenvolvimento de uma estratégia multidisciplinar seria importante que estas estratégias fossem discutidas e desenvolvidas em conjunto com os profissionais de saúde que intervêm no contexto hospitalar, nomeadamente médicos, psicólogos, dietistas, fisioterapeutas e técnicos de serviço social.

Alguns dados sugerem pistas para o progresso para a prática de cuidados em enfermagem. Assim, parece importante investir no desenvolvimento das práticas dos enfermeiros no domínio dos factores de risco psicossociais e ambientais do EAM. Para além da necessidade de intervir ao nível dos contextos hospitalar, seria igualmente importante promover uma discussão académica nas Escolas de Enfermagem, com impacto ao nível da formação básica e pós-graduada, de forma a relevar e fomentar a necessidade de intervenção nestas áreas.

As práticas relacionadas com a actualização de conhecimentos na área do conhecimento da pessoa com EAM podem ser melhoradas e a maioria dos enfermeiros está disponível para integrar resultados de trabalhos de investigação nas suas práticas diárias o que aumenta a responsabilidade de potenciar estas práticas quer ao nível dos contextos de trabalho, quer ao nível das instituições de formação em Enfermagem.

O trabalho também sugere que os modelos de intervenção dos enfermeiros se baseiam num modelo de transmissão de informação e reforçam a necessidade de investir em estratégias que integrem os princípios do *empowerment* de forma a potenciar a relação terapêutica e, consequentemente os desempenhos dos enfermeiros e pessoas parceiros de cuidados.

Por ultimo, este trabalho poderá ter continuidade num projecto de investigação futuro com o objectivo de validar o instrumento nuclear do questionário – *Will scale* – para a população de enfermeiros portugueses.

BIBLIOGRAFIA:

Área Temática

Aish A, Isenberg M. Effects of Orem-based nursing intervention on nutritional self-care of myocardial infarction patients. *International Journal of Nursing Studies* 1996; 33: 259-270.

Allen J, Scott L, Stewart K, Young D. Disparities in women's referral to and enrollment in outpatient cardiac rehabilitation. *Journal of General Internal Medicine* 2004; 19:747-753.

Alm-Roijer C, Stagmo M, Uden G, Erhardt L. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2004; 3: 321– 330.

Alter A, Naylor D, Austin P, Tu J. Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine* 1999; 341(18): 1359-1367.

Alter D *et al.* Socioeconomic status and mortality after acute myocardial infarction *Annals of Internal Medicine* 2006; 144: 82-93.

Alto Comissariado da Saúde. Recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares; 2007.

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Core competencies for cardiac rehabilitation professionals: Position statement of the

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Journal of Cardiovascular Rehabilitation 1994; 14(2): 87-92

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation: Guidelines for Cardiac Rehabilitation Programs. 3rd ed. Champaign, IL:Human Kinetics, 1999.

Barefoot J, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. Circulation 1996; 93: 1876-1880.

Benner P. De iniciado a perito. 2^a ed. Coimbra: Quarteto; 2005.

Beswick A *et al.* Improving adherence in cardiac rehabilitation: literature review. Journal of Advanced Nursing 2005; 49(5): 538-555.

Cameron, C. Patient compliance- recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimes. Journal of Advanced Nursing 1996; 24: 244-250.

Child A. Cardiac Rehabilitation: goals, interventions and action plans. British Journal of Nursing 2004; 13(12): 734-738.

Clark A, Barbour R, McIntyre P. Preparing for change in the secondary prevention of coronary heart disease: a qualitative evaluation of cardiac rehabilitation within a region of Scotland. Journal of Advanced Nursing 2002; 39(6): 589-598.

Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Promoção da prevenção cardiovascular em Portugal agora e no futuro. Jornal do Centro de Saúde. 2007.

Direcção-Geral da Saúde. Ganhos de saúde em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2002.

Direcção-Geral de Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2003.

Direcção-Geral de Saúde. Morbilidade Hospitalar: Serviço Nacional de Saúde 2002-2003. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2005.

Direcção-Geral da Saúde. Elementos estatísticos: informação geral – Saúde 2004. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2006a.

Direcção-Geral da Saúde. Risco de morrer em Portugal-2004 (Volume 1). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2006b.

Duarte R; Castela S, Palma dos Reis R *et al.* Factores de risco e características clínicas e angiográficas do enfarte agudo do miocárdio na mulher. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2002; 21 (10):1145-1152.

EUROASPIRE II Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries: principal results from EUROASPIRE II. *European Heart Journal* 2001; 22: 554-72.

Evangelista, L. Compliance: a concept analysis. *Nursing Forum* 1999; 34(1): 5- 11.

Frasure-Smith N *et al.* Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 2000; 101: 1919-1924.

Gassner L, Dunn S, Piller N. Patients' interpretation of the symptoms of myocardial infarction: implications for cardiac rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing* 2002; 18: 342-354.

Glazer N *et al.* Risk of myocardial infarction attributable to elevated levels of total cholesterol among hypertensives. *American Journal of Hypertension* 2005; 18:759-766.

Halm M, Penque S, Doll N, Beahrs M. Women and cardiac rehabilitation: Referral and compliance patterns. *Journal of Cardiovascular Nursing* 1999; 13(3): 83-92.

Hammar N, Alfredsson L, Johnson J. Job strain, social support at work, and incidence of myocardial infarction. *Occupational and Environmental Medicine* 1998; 55: 548-553.

Hanna I, Wenger N. Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Elderly Patients. *American Family Physician* 2005; 71: 2289-2296.

Hedlund E, Lange A, Hammar N. Acute myocardial infarction incidence in immigrants to Sweden. Country of birth, time since immigration, and time trends over 20 years. *European Journal of Epidemiology* 2007; 22(8): 493-503.

Instituto Nacional de Estatística. 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2007. Disponível em

http://www.insarj.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Imprensa/ComNotas/Comunicados/Notas/INS-2005-2006_Principais%20Indicadores.pdf

Institute of European Food Studies. Health and Fitness Survey. Dublin: Institute of European Food Studies 2000

Kristofferzon M-L, Lofmark R, Carlsson M. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 44(4), 360–374.

Kyngäs H, Lahdenperä T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29 (4): 832-839.

Leite N, Vasconcellos M. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura. *Ciência e Saúde Colectiva* 2003; 8(3): 775-782.

Leslie M, Schuster P. The effect of contingency contracting on adherence and knowledge of exercise regimens. *Patient Education and Counselling* 1991; 18: 231-241.

Lett H *et al.* Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67:869-878.

Lieberman A, Rotarius T. Behavioral contract management: a prescription for employee and patient compliance. *The Health Care Manager* 1999; 18(2): 1-10.

Little A, Lewis K. Influences on long-term exercise adherence in older patients with cardiac disease. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2006; 13(12):543-550.

Lopes C *et al.* Actividade física e risco de enfarte agudo do miocárdio após a quarta década de vida. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2005; 24 (10): 1191-1207.

Lunet N e Barros H. Diferenças entre sexos no tratamento da hipertensão arterial: um estudo comunitário no Porto. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2002; 21(1): 7-19.

Mahler H, Kulik J, Tarazi R. Effects of a videotape information intervention at discharge on diet and exercise compliance after coronary bypass surgery. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 1999; 19: 170-177.

Matthews K, Gump B. Chronic work stress and marital dissolution increase risk of posttrial mortality in men from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Archives of Internal Medicine* 2002; 162: 309-315.

McAlister F, Lawson F, Teo K, Armstrong P. Randomised trials of secondary prevention programs in coronary heart disease: systematic review. *British Medical Journal* 2001; 323: 957-962.

McBride A. Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 20: 92-100.

Mendes, F. Doenças Crónicas: Aprioridade de gerir a doença e negociar os cuidados. *Pensar em Enfermagem* 2005; 9(1): 42-47.

Meischke H *et al.* Information women receive about heart attacks and how it affects their knowledge, beliefs, and intentions to act in a cardiac Emergency. *Health care for Women International* 2002; 23: 149-162.

Morais J, Ferreira D, Soares R. *et al.* Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio em Portugal. Resultados globais de um registo nacional. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2001; 20(7-8): 709-722.

Ordem dos Enfermeiros. Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: OE; 2003.

Ornish D *et al.* Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA* 1998; 280: 2001-2007.

Orth-Gomer K, Wamala S, Horsten M, Schenck-Gustafsson K, Schneiderman N, Mittleman MA. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: the Stockholm Female Coronary Risk Study. *JAMA* 2000; 284: 3008-3014.

Poirier P, Turbide G, Bourdages J, Sauvageau L, Houle J. Predictors of compliance with medical recommendations regarding pharmacological and non pharmacological approaches in patient with cardiovascular disease. *Clinical Investigation Medicine* 2006; 29(2): 91-103.

Polónia J *et al.* Determinação do consumo de sal numa amostra da população portuguesa adulta pela excreção urinária de sódio. Sua relação com a rigidez arterial. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2006; 25(9): 801-817.

Rao S *et al.* Poverty, process of care, and outcome in acute coronary syndromes. *Journal of the American College of Cardiology* 2003; 41:1948–1954.

Rato Q e Almada Cardoso A. Revisão retrospectiva dos registos médicos das consultas externas hospitalares de Cardiologia para a determinação das abordagens terapêuticas de doentes com hipertensão arterial e/ou dislipidémia. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2006; 25(10): 889-905.

Richards H, Reid M, Watt G. Socioeconomic variations in responses to chest pain: Qualitative study. *BMJ* 2002; 324:1308.

Robinson S, Hill Y. Our healthier hospital? The challenge for nursing. *Journal of Nursing Management* 1999; 7: 13-17.

Rodrigues V. Educar para a saúde: uma estratégia de promoção de saúde. *Revista Sinais Vitais* 2005; 59: 47-51.

Romanelli J, Fauerbach J, Bush D, Ziegelstein R. The significance of depression in older patients after myocardial infarction. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002, 50: 817–822.

Rosengren A *et al.* Association of psychosocial factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 953-964.

Schuler G *et al.* Regular physical exercise and low-fat diet. Effects on progression of coronary artery disease. *Circulation* 1992; 86: 1-11.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Secondary Prevention of Coronary Heart Disease Following Myocardial Infarction. Edinburgh: SIGN; 2000

Silveira, L, Ribeiro, V. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação* 2004/2005; 9(16): 91-104.

- Soares I e Vaz Carneiro A. Cessação tabágica: recomendações baseadas na evidência científica. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2002; 21:203-215.
- Sokejima S, Kagamimori S. Working hours as a risk factor for acute myocardial infarction in Japan: case-control study. *BMJ* 1998; 317: 775-780.
- Song Y, Ferrer R, Cho S, Sung J, Ebrahim S, Smith G. Socioeconomics status and cardiovascular disease among men: The Korean National Health Service Prospective Cohort Study. *American Journal of Public Health* 2006; 91(1): 152-159.
- Stewart M *et al.* Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(6): 1351-1360.
- Stokes H. Education and training towards competency for cardiac rehabilitation nurses in the United Kingdom. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 411-419.
- Taylor D, Barber K, McIntosh B, Khan M. The impact of post myocardial infarction depression on patient compliance and risk factor modification. *Psychology, Health & Medicine* 1998; 3(4): 439-442.
- Vagueiro M. Que atitude Clínica no Ambulatório perante o pós Enfarte Agudo do Miocárdio, Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2004.
- Veríssimo M *et al.* Exercício físico e risco trombótico em idosos. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2001; 20 (6): 625-639.
- Wilson K *et al.* Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine* 2000; 160(10):939-944.
- Wyer S, Earl L, Joseph S, Harrison J, Giles M, Johnston M. Increasing attendance at a cardiac rehabilitation programme: an intervention study using the Theory of Planned Behaviour. *Coronary Health Care* 2001; 5: 154-159.
- Yusuf S *et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 contries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364:937-952.

Área metodológica

Advisory Board Third International Heart Health Conference. The Singapore Declaration: Forging the will for heart health in the next millennium. Singapore National Heart Association, Singapore; 1998.

Anderson D *et al.* Towards the development of scales to measure “will” to promote heart health within health organizations in Canada. *Health Promotion International* 2004; 19(4): 471- 481.

Coucello T. Educação alimentar: Práticas e discursos dos médicos de clínica geral. Lisboa: Educa; 1997.

Ghiglione R, Matalon B. O Inquérito: Teoria e prática. 4ª ed. Oeiras: Celta Editora; 2001.

Hawe, P *et al* (1997). Multiplying health gains: the critical role of capacity building within health promotion programs. *Health Policy*. 39: 29-42.

Hill, M, Hill A. Investigação por questionário. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2005.

Maroco J. Análise estatística – Com utilização do SPSS. 3ª ed. Lisboa. Edições Sílabo; 2007.

Ordem dos Enfermeiros. As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa: OE; 2004.

Pereira A. Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia. Lisboa: Edições Sílabo; 1999.

Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para Ciências Sociais – a complementaridade de SPSS. Lisboa: Edições Sílabo; 1998.

Polit D, Beck C, Hungler B. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004.

Richardson R *et al.* Pesquisa Social: Métodos e técnicas. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1989.

Rodrigues M, Pereira A, Barroso T. Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde. Coimbra: Formasau; 2005.

Apêndice 1

Índice de Tabelas e Figura

1. Tabelas

Tabela 1: Mortalidade hospitalar por EAM em ambos os sexos, em idades inferiores a 64 anos e superiores a 65 anos em 2004/05.....	3
Tabela 2: Determinantes da saúde cardíaca	4
Tabela 3: Adesão ao regime terapêutico: pressupostos teóricos e práticos.....	15
Tabela 4: Domínios de competências do enfermeiro na adesão ao regime terapêutico....	27
Tabela 5: Modelos de intervenção em Enfermagem.....	42
Tabela 6: Determinantes da saúde.....	44
Tabela 7: Estratégias de acção para a promoção da saúde (Carta de Ottawa).....	45
Tabela 8: Acções de promoção da saúde.....	46
Tabela 9: Atitude dos enfermeiros face a estratégias de adesão.....	47
Tabela 10: Modelos de educação para a saúde.....	48
Tabela 11: Estratégias pedagógicas.....	49
Tabela 12: Distribuição dos enfermeiros por Unidade Hospitalar, adesão ao estudo por serviço e % de inquiridos face ao total da amostra.....	55

Tabela 13: Distribuição dos enfermeiros por género por serviço hospitalar	56
Tabela 14: Distribuição dos enfermeiros por idades.....	57
Tabela 15: Vínculo laboral dos enfermeiros por instituição.....	59
Tabela 16: Participação dos enfermeiros em acções de formação em serviço por unidade hospitalar.....	63
Tabela 17: Avaliação da estrutura da <i>Will scale</i> pela AFCP.....	65
Tabela 18: Crenças dos enfermeiros na intervenção nas determinantes da saúde cardíaca.....	67
Tabela 19 Estatística descritiva da escala das crenças.....	68
Tabela 20: Escala das crenças: Pesos factoriais de cada item em cada factor, os seus valores próprios e a % da variância explicada por cada factor.....	70
Tabela 21: Médias e desvio padrão das variáveis resultantes da Escala das Crenças.....	72
Tabela 22: Confiança dos enfermeiros nas capacidades de intervenção nas determinantes da saúde cardíaca.....	73
Tabela 23 Estatística descritiva da escala da confiança.....	74
Tabela 24: Escala da confiança: Pesos factoriais de cada item em cada factor, os seus valores próprios e a % da variância explicada por cada factor.....	76
Tabela 25: Médias e desvio padrão das variáveis resultantes da Escala da Confiança.....	77
Tabela 26: Intervenção nos factores de risco da saúde cardíaca no último ano.....	78
Tabela 27: Estatística descritiva da escala da acção prévia (determinantes da saúde).....	79
Tabela 28: Pesos factoriais de cada item em cada factor, os seus valores próprios e a % da variância explicada por cada factor.....	81
Tabela 29: Médias e desvio padrão das variáveis resultantes da sub-escala da Acção prévia – Determinantes da saúde.....	82
Tabela 30: Estatística descritiva da escala da acção prévia (Carta de Ottawa).....	83

Tabela 31: Médias e desvio padrão das variáveis resultantes da sub-escala da Acção prévia – Estratégias de acção para a promoção da saúde (Carta de Ottawa).....	84
Tabela 32: Pesos factoriais de cada item em cada factor, os seus valores próprios e a % da variância explicada por cada factor.....	85
Tabela 33: Médias e desvio padrão das variáveis resultantes da sub-escala da Acção prévia – <i>Acções de promoção da saúde</i>	86
Tabela 34: Pesos factoriais de cada item em cada factor, os seus valores próprios e a % da variância explicada por cada factor.....	88
Tabela 35: Médias e desvio padrão das variáveis resultantes da Escala do desejo de intervenção no futuro.....	89
Tabela 36: Atitudes dos enfermeiros face a estratégias de promoção da adesão ao regime terapêutico.....	90
Tabela 37: Modelos de educação para a saúde: alpha de Cronbach, média e desvio padrão.....	92
Tabela 38: Atitudes dos enfermeiros face aos modelos de educação para a saúde.....	92

2. Figura

Figura 1: Frequência de actualização de conhecimentos.....61

Figura 2: Distribuição gráfica dos itens pelos factores.....82

Apêndice 2

Lista de Abreviaturas

AACPR – American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation

AFCP – Análise Factorial em Componentes Principais

AHHP – Alberta Health Heart Project

ANOVA: Análise de variância

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHHI – Canadian Heart Health Initiative

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direcção-geral da Saúde

DIC – Doença Isquémica do Coração

DVC – Doença Vascular Cerebral

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EpS – Educação para a Saúde

EUROASPIRE: European Action on Secondary and Primary Prevention through Intervention to Reduce Events

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogêneo

HDL – High Density Lipoprotein

HTA – Hipertensão arterial

INS – Inquérito Nacional de Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

KMO: teste de Kaiser-Meyer-Olkin

LDL – Low Density Lipoprotein

MET – Equivalente metabólico

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PESI – Programa Estruturado de Seguimento Intensivo

PNPCDC – Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares

SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization

Apêndice 3

Contactos e pedidos de autorização às instituições hospitalares

a) Identificação da população do estudo

Exmo./a. Sr./^a Enfermeiro/a Director/a

Eu, Ezequiel António Marques Pessoa, enfermeiro docente na Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa, com funções de Assistente de 2º triénio, encontro-me a realizar o mestrado de Saúde Comunitária na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

O trabalho de investigação que pretendo realizar tem como tema “A adesão ao regime terapêutico: o contributo dos enfermeiros na área da promoção para a saúde nas pessoas com enfarte agudo do miocárdio (EAM), durante o internamento hospitalar”.

Actualmente, encontro-me na fase inicial de trabalho de campo e necessito de definir o universo do estudo para calcular a amostra. Para tal, solicito a colaboração de vossa Excelência na recolha de informações relativas à vossa instituição no sentido de poder eventualmente seleccioná-la como um local de realização deste trabalho. Deste modo gostaria que me pudesse informar sobre:

- Quais os serviços do hospital onde os enfermeiros intervêm junto de pessoas internadas com um diagnóstico de EAM, na fase aguda e pós aguda?
- Qual o número de enfermeiros em cada um dos serviços?

Agradecendo antecipadamente a atenção dispensada, solicito o envio das informações para os contactos abaixo.

Fico ao vosso dispor para qualquer outro esclarecimento, julgado necessário.

Lisboa, 30 de Outubro de 2006

Atenciosamente

Ezequiel Pessoa

916979956 / ezequiel.pessoa@portugalmail.pt

b) Pedido de autorização para aplicação do questionário

Exmo/a. Sr.ª Enfermeiro/a Director/a:

Eu, Ezequiel António Marques Pessoa, enfermeiro, docente na Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa, com funções de assistente de 2º triénio, encontro-me a realizar o mestrado em Saúde Comunitária – em fase de produção da tese de mestrado – na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

O trabalho de investigação “*Adesão ao regime terapêutico na pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Contributo dos enfermeiros na área da promoção da saúde no internamento hospitalar*” sob a orientação do Professor Doutor José Amendoeira, pretende conhecer a percepção dos enfermeiros face às intervenções a implementar após um EAM e contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e dos cuidados nesta área.

Este projecto de investigação tem como objectivo **conhecer as práticas de promoção da saúde associadas à intervenção dos enfermeiros junto de pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio.**

Para tal, solicito autorização a Vossa Excelência para aplicar questionários auto-preenchidos aos enfermeiros do serviço x.

A aplicação dos questionários, não havendo inconvenientes por parte da instituição, decorreria no período de 30 de Julho a 17 de Agosto do ano corrente.

Em nome dos propósitos que norteiam este trabalho, os resultados serão colocados à disposição da Instituição, bem como dos seus profissionais, sendo que, como na maioria dos estudos deste género, a confidencialidade dos dados e o anonimato dos inquiridos e da própria Instituição, serão respeitados e mantidos.

Em anexo encontra-se um exemplar do questionário a aplicar aos enfermeiros em contexto de trabalho.

Agradecendo antecipadamente a atenção dispensada fico ao vosso dispor para qualquer outro esclarecimento, julgado necessário.

Lisboa, 9 de Julho de 2007

Atenciosamente,

Ezequiel Pessoa

916979956 / ezequiel.pessoa@portugalmail.pt

Apêndice 4

Questionário

QUESTIONÁRIO

INTRODUÇÃO

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) representa um dos principais problemas de Saúde Pública em Portugal.

Saber a sua opinião sobre a natureza das intervenções a implementar após um EAM, durante o internamento hospitalar, é um contributo fundamental para o desenvolvimento dos cuidados nesta área. Assim, este trabalho de investigação tem como objectivo **conhecer as práticas associadas à intervenção dos enfermeiros junto das pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio.**

Este questionário corresponde ao trabalho de campo de Ezequiel Pessoa, no âmbito do Mestrado em Saúde Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

A sua participação é voluntária. A informação fornecida por si será tratada de forma confidencial e o relatório final da pesquisa não identificará pessoas nem as instituições a que pertencem.

Não existem respostas certas ou erradas. Importa saber a sua opinião e conhecer as suas percepções. Tente preencher o questionário na sua totalidade.

Lembre-se, ao responder às questões do questionário tenha como referência a intervenção que desenvolve junto da pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio.

Uma vez preenchido o questionário coloque-o no envelope e devolva-o a quem lho entregou.

Caso necessite de mais informações, não hesite em contactar-me:

Ezequiel Pessoa

Tlm: 916979956 E-mail: ezequiel.pessoa@portugalmail.pt

Obrigado pela sua colaboração!

A. SUSTENTAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADOS

a) Leia as seguintes afirmações e ordene-as da mais importante (3) para a menos importante (1).

A experiência que mais contribuiu para a minha capacidade de intervenção na pessoa com EAM foi...

(1) Formação inicial (curso de base)	
(2) Experiência profissional	
(3) Actualização contínua de conhecimentos	

b) No seu dia a dia, com que frequência actualiza conhecimentos na área de intervenção da pessoa com EAM?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1	2	3	4	5

c) Indique com que frequência usa cada um dos meios de desenvolvimento profissional para desenvolver o seu desempenho junto de uma pessoa com EAM.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
(5) Pesquisa na Internet (geral)	1	2	3	4	5
(6) Leitura de artigos em revistas de enfermagem	1	2	3	4	5
(7) Leitura de artigos em revistas de saúde	1	2	3	4	5
(8) Leitura de manuais de enfermagem	1	2	3	4	5
(9) Leitura de manuais das ciências da saúde	1	2	3	4	5
(10) Formação em serviço	1	2	3	4	5
(11) Formação pós-graduada (contínua)	1	2	3	4	5
(12) Participação em Congressos, <i>workshops</i>	1	2	3	4	5

d) Refira **três** áreas em que sente maior interesse na procura de informação.

① _____

② _____

③ _____

e) Leia as seguintes afirmações e, tendo em conta a sua intervenção junto de uma pessoa com EAM, refira em que medida concorda ou discorda com as seguintes intervenções.

A minha intervenção...	Discordo Totalmente	Discordo	Nem discordo Nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente
(13) É baseada naquilo que sei que é um EAM	1	2	3	4	5
(14) Dá resposta às alterações nas necessidades humanas básicas decorrentes do EAM.	1	2	3	4	5
(15) Valoriza a intervenção terapêutica farmacológica.	1	2	3	4	5
(16) É centrada nas incapacidades decorrentes do EAM.	1	2	3	4	5
(17) Dá resposta às manifestações clínicas decorrentes do EAM.	1	2	3	4	5
(18) Valoriza como a pessoa vê a sua situação actual (EAM).	1	2	3	4	5
(19) É centrada nas capacidades que a pessoa mantém após o EAM.	1	2	3	4	5
(20) É baseada na forma como o indivíduo reage ao EAM.	1	2	3	4	5

B. PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PESSOA QUE SOFREU UM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

1. As tabelas seguintes enumeram um conjunto de factores que influenciam negativamente a saúde cardíaca das pessoas.

a) Indique em que medida acredita que devia intervir activamente nestes factores no seu trabalho.

	Eu acredito que devia intervir activamente				
	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Nem discordo nem concordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>
Factores Fisiológicos					
(21) Tensão arterial elevada	1	2	3	4	5
(22) Colesterol sérico elevado	1	2	3	4	5
(23) Obesidade	1	2	3	4	5
(24) Factores genéticos (história familiar)	1	2	3	4	5
Factores Comportamentais					
(25) Hábitos tabágicos	1	2	3	4	5
(26) Alimentação inadequada	1	2	3	4	5
(27) Inactividade física	1	2	3	4	5
Factores de risco psicossociais					
(28) Falta de apoios sociais	1	2	3	4	5
(29) Stress	1	2	3	4	5
(30) Baixa de auto-estima	1	2	3	4	5
(31) Baixo status socio-económico (educação, ocupação, rendimento)	1	2	3	4	5
Factores de risco ambientais					
(32) Pobreza	1	2	3	4	5
(33) Condições precárias de trabalho	1	2	3	4	5
(34) Discriminação (sexual, racial, relacionada com o envelhecimento)	1	2	3	4	5
(35) Existência de diferenças significativas nos rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres numa comunidade, distrito ou região.	1	2	3	4	5

b) Indique em que medida está confiante na sua capacidade para intervir em cada um destes factores.

	Eu consigo intervir nestes factores				
	<i>Nada confiante</i>	<i>Pouco confiante</i>	<i>Moderadamente confiante</i>	<i>Muito confiante</i>	<i>Extremamente Confiante</i>
Factores Fisiológicos					
(36) Tensão arterial elevada	1	2	3	4	5
(37) Colesterol sérico elevado	1	2	3	4	5
(38) Obesidade	1	2	3	4	5
(39) Factores genéticos (história familiar)	1	2	3	4	5
Factores Comportamentais					
(40) Hábitos tabágicos	1	2	3	4	5
(41) Alimentação inadequada	1	2	3	4	5
(42) Inactividade física	1	2	3	4	5
Factores de risco psicossociais					
(43) Falta de apoios sociais	1	2	3	4	5
(44) Stress	1	2	3	4	5
(45) Baixa de auto-estima	1	2	3	4	5
(46) Baixo status socio-económico (educação, ocupação, rendimento)	1	2	3	4	5
Factores de risco ambientais					
(47) Pobreza	1	2	3	4	5
(48) Condições precárias de trabalho	1	2	3	4	5
(49) Discriminação (sexual, racial, relacionada com o envelhecimento)	1	2	3	4	5
(50) Existência de diferenças significativas nos rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres numa comunidade, distrito ou região.	1	2	3	4	5

c) Indique a frequência com que tem intervindo nestes factores durante os últimos 12 meses.

	Eu intervim activamente nos últimos 12 meses				
	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Ocasionalmente</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Sempre</i>
Factores Fisiológicos					
(51) Tensão arterial elevada	1	2	3	4	5
(52) Colesterol sérico elevado	1	2	3	4	5
(53) Obesidade	1	2	3	4	5
(54) Factores genéticos (história familiar)	1	2	3	4	5
Factores Comportamentais					
(55) Hábitos tabágicos	1	2	3	4	5
(56) Alimentação inadequada	1	2	3	4	5
(57) Inactividade física	1	2	3	4	5
Factores de risco psicossociais					
(58) Falta de apoios sociais	1	2	3	4	5
(59) Stress	1	2	3	4	5
(60) Baixa de auto-estima	1	2	3	4	5
(61) Baixo status socio-económico (educação, ocupação, rendimento)	1	2	3	4	5
Factores de risco ambientais					
(62) Pobreza	1	2	3	4	5
(63) Condições precárias de trabalho	1	2	3	4	5
(64) Discriminação (sexual, racial, relacionada com o envelhecimento)	1	2	3	4	5
(65) Existência de diferenças significativas nos rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres numa comunidade, distrito ou região.	1	2	3	4	5

2. A tabela seguinte enumera cinco tipos de **acções estratégicas que caracterizam a promoção da saúde**. Em conjunto, estas acções podem influenciar, directa ou indirectamente, a saúde das populações, fornecendo recursos essenciais como conhecimentos e capacidades para os indivíduos e para as comunidades.

Indique a frequência com que tem estado envolvido em cada uma destas acções nos últimos doze meses no seu trabalho.

	Frequência com que tenho estado envolvido nestas actividades, nos últimos 12 meses				
	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Ocasionalmente</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Sempre</i>
Estratégias de promoção da saúde					
(66) Construir políticas saudáveis (Implica que todos os decisores políticos tenham em conta o potencial impacto das políticas na saúde e na equidade dos indivíduos e da população) (WHO, 1998).	1	2	3	4	5
(67) Criar ambientes favoráveis (Ambientes favoráveis à saúde oferecem às pessoas protecção face às ameaças à saúde, e permitem que as pessoas expandam as suas capacidades e desenvolvam auto-confiança em saúde) (WHO, 1998).	1	2	3	4	5
(68) Reforçar a acção comunitária (Reforçar a acção comunitária envolve o esforço colectivo de um grupo de indivíduos para aumentar o controlo sobre as determinantes de saúde) (WHO, 1998).	1	2	3	4	5
(69) Desenvolver competências pessoais (Implica o desenvolvimento de competências que permitam às pessoas um melhor controlo e orientem as suas vidas, de forma a melhorar as suas capacidades para viver ou mudar o ambiente) (WHO, 1998).	1	2	3	4	5
(70) Reorientar os serviços de saúde (Reorientar os serviços de saúde envolve redireccionar os serviços no sentido da promoção da saúde, indo para além da provisão tradicional de serviços clínicos e curativos) (WHO, 1998).	1	2	3	4	5

3. Tendo em conta o que faz no quotidiano como prestador de cuidados:

a) Indique em que medida tem estado envolvido em cada uma das seguintes acções, nos últimos doze meses.

	Envolvimento nos últimos 12 meses				
	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Ocasionalmente</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Sempre</i>
(71) Avaliar necessidades das pessoas na zona geográfica do hospital	1	2	3	4	5
(72) Ajudar as pessoas a mobilizarem-se em torno de um objectivo	1	2	3	4	5
(73) Trabalhar com diversos grupos	1	2	3	4	5
(74) Construir elos de ligação dentro da comunidade	1	2	3	4	5
(75) Utilizar planeamento estratégico	1	2	3	4	5
(76) Ajudar na resolução de conflitos	1	2	3	4	5
(77) Usar o grupo como facilitador	1	2	3	4	5
(78) Partilhar poder	1	2	3	4	5
(79) Possibilitar espaços de aprendizagem para outros	1	2	3	4	5
(80) Trabalhar em colaboração com as populações	1	2	3	4	5
(81) Avaliar iniciativas de promoção da saúde	1	2	3	4	5
(82) Usar teorias, modelos e matrizes conceptuais no trabalho	1	2	3	4	5
(83) Usar resultados de investigações no meu trabalho	1	2	3	4	5
(84) Fomentar relações com líderes formais e informais	1	2	3	4	5
(85) Definir intervenções para fazer face a necessidades específicas	1	2	3	4	5
(86) Partilhar histórias e aprendizagens de sucesso com outros profissionais	1	2	3	4	5
(87) Incentivar hábitos alimentares saudáveis	1	2	3	4	5
(88) Incentivar à redução tabágica	1	2	3	4	5
(89) Incentivar à actividade física	1	2	3	4	5
(90) Investir na redução dos riscos ambientais	1	2	3	4	5

b) Indique o nível de envolvimento desejado para os próximos dois anos, em cada uma das seguintes acções. (Por desejo, entende-se o nível de envolvimento com o qual se sentirá satisfeito.)

	Envolvimento nos próximos 2 anos				
	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Muitas vezes	Sempre
(91) Avaliar necessidades das pessoas na zona geográfica do hospital	1	2	3	4	5
(92) Ajudar as pessoas a mobilizarem-se em torno de um objectivo	1	2	3	4	5
(93) Trabalhar com diversos grupos	1	2	3	4	5
(94) Construir elos de ligação dentro da comunidade	1	2	3	4	5
(95) Utilizar planeamento estratégico	1	2	3	4	5
(96) Ajudar na resolução de conflitos	1	2	3	4	5
(97) Usar o grupo como facilitador	1	2	3	4	5
(98) Partilhar poder	1	2	3	4	5
(99) Possibilitar espaços de aprendizagem para outros	1	2	3	4	5
(100) Trabalhar em colaboração com as populações	1	2	3	4	5
(101) Avaliar iniciativas de promoção da saúde	1	2	3	4	5
(102) Usar teorias, modelos e matrizes conceptuais no meu trabalho	1	2	3	4	5
(103) Usar resultados de investigações no meu trabalho	1	2	3	4	5
(104) Fomentar relações com líderes formais e informais	1	2	3	4	5
(105) Definir intervenções para fazer face a necessidades específicas	1	2	3	4	5
(106) Partilhar histórias e aprendizagens de sucesso com outros profissionais	1	2	3	4	5
(107) Incentivar hábitos alimentares saudáveis	1	2	3	4	5
(108) Incentivar à redução tabágica	1	2	3	4	5
(109) Incentivar à actividade física	1	2	3	4	5
(110) Investir na redução dos riscos ambientais	1	2	3	4	5

C. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

As questões seguintes relacionam-se com o tema da adesão ao regime terapêutico. A **adesão ao regime terapêutico** corresponde ao desempenho de actividades para satisfação das exigências terapêuticas dos cuidados de saúde e aceitação do decurso do tratamento².

a) Indique em que medida concorda ou discorda de cada uma das afirmações atendendo à sua importância na adesão ao regime terapêutico na pessoa com EAM.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente
(111) Motivação dos profissionais de saúde	1	2	3	4	5
(112) Motivação dos doentes	1	2	3	4	5
(113) Satisfação profissional dos enfermeiros	1	2	3	4	5
(114) Qualidade das relações entre profissionais de saúde	1	2	3	4	5
(115) Qualidade da relação entre os enfermeiros e os utentes	1	2	3	4	5
(116) Articulação entre hospital e comunidade	1	2	3	4	5
(117) Referência da pessoa com EAM para programas de reabilitação cardíaca	1	2	3	4	5
(118) Acompanhamento do médico assistente na comunidade	1	2	3	4	5
(119) Acompanhamento enfermeiro na comunidade	1	2	3	4	5
(120) Manutenção do contacto com enfermeiro hospitalar	1	2	3	4	5
(121) Monitorização telefónica pelo enfermeiro hospitalar	1	2	3	4	5
(122) Integração dos familiares nos cuidados de enfermagem	1	2	3	4	5
(123) Integração dos doentes nos cuidados de enfermagem	1	2	3	4	5
(124) Conhecimentos dos profissionais de saúde	1	2	3	4	5
(125) Actualização de conhecimentos	1	2	3	4	5
(126) Integração de resultados de trabalhos de investigação nos cuidados de enfermagem	1	2	3	4	5
(127) Partilha de experiências entre doentes (vivências do EAM)	1	2	3	4	5
(128) Distribuição de panfletos/folhetos informativos	1	2	3	4	5

² Definição adoptada da CIPE (2001)

(129) Sessões individuais de educação para a saúde	1	2	3	4	5
(130) Sessões de educação para a saúde em grupo	1	2	3	4	5
(131) Discussão de casos entre equipa de enfermagem	1	2	3	4	5
(132) Discussão de casos entre profissionais de saúde	1	2	3	4	5
(133) Conhecimentos dos utentes	1	2	3	4	5
(134) Transmissão de conhecimentos (aos utentes) sobre a doença cardíaca	1	2	3	4	5
(135) Informa o utente do que deve e não deve fazer depois da alta	1	2	3	4	5
(136) Informa o utente das alterações que deve introduzir nos seus hábitos de vida	1	2	3	4	5
(137) Estabelece objectivos/metapas para a pessoa alcançar	1	2	3	4	5
(138) Persuade a pessoa a introduzir mudanças nos seus estilos de vida	1	2	3	4	5
(139) Convence o utente a abandonar comportamentos nocivos à saúde cardíaca	1	2	3	4	5
(140) Conhece percepções (do utente) sobre determinantes da doença	1	2	3	4	5
(141) Conhece percepções e significados (do utente) sobre regime terapêutico	1	2	3	4	5
(142) Desenvolve competências (nos utentes) a partir do seu <i>background</i> social	1	2	3	4	5
(143) Desenvolve competências (nos utentes) a partir dos seus conhecimentos	1	2	3	4	5

b) Em sua opinião **que factores** considera mais importantes para aumentar a adesão da pessoa com EAM ao regime terapêutico? **Refira até três.**

- ① _____
- ② _____
- ③ _____

c) Em sua opinião, **que aspectos ou factores** sente que podem apoiar e reforçar o seu trabalho no sentido de aumentar a adesão ao regime terapêutico? **Refira até três.**

- ① _____
- ② _____
- ③ _____

D. ELEMENTOS DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E ORGANIZACIONAL

(144) Idade: ____ anos.

(145) Sexo: (1) ☐ Feminino (2) ☐ Masculino

(146) **Habilitações académicas**: _____

Situação profissional:

(147) Antiguidade na profissão: _____ Meses/anos (riscar o que não interessa)

(148) Antiguidade no serviço: _____ Meses/anos (riscar o que não interessa)

(149) **Categoria Profissional**: _____

(150) **Horário semanal na instituição**: _____ horas.

(151) **Vínculo laboral com a instituição**: _____

Muito obrigado!

Apêndice 5

Guião de entrevistas exploratórias

GUIÃO DE ENTREVISTA

ENTREVISTA DIRIGIDA

DIMENSÕES TEÓRICAS	Questão	Indicadores de resposta
1) Filosofia de enfermagem - Teoria sistémica - Modelo biomédico	1. No seu dia-a-dia, quando cuida de pessoas com EAM, usa algum referencial teórico (filosofia, modelo conceptual ou teoria)? Sim __ Não __ (Se respondeu não passe à pergunta n.º 4)	
	2. Qual? _____ _____	Indivíduo/ambiente Saúde como projecto individual
	3. Exemplifique como integra esse referencial teórico na intervenção junto da pessoa com EAM.	Prevenção como intervenção Modelo biomédico
	(Se respondeu não)	
	4. Como sustenta a sua prática? Ou seja, que referências estão subjacentes à sua intervenção junto da pessoa com EAM? Exemplifique.	
2) Intervenção baseada na evidência	5. No seu dia-a-dia, quando cuida de pessoas com EAM, tendo como objectivo aumentar a adesão ao regime terapêutico,	Intervenções eficientes cientificamente avaliadas Ganhos em saúde

(conhecimento científico)	<p>integra resultados produzidos por trabalhos de investigação?</p> <p>Sim__ Não__</p> <p>(Se respondeu não passe à pergunta 7)</p> <p>6. Em que <u>áreas de intervenção</u>?</p> <p>(Ex. Intervenção nos factores de risco (fisiológicos, comportamentais, psicossociais e ambientais), regime terapêutico farmacológico, métodos de educação para a saúde, meios auxiliares pedagógicos, etc...)</p>	<p>Desenvolvimento pessoal e profissional – enfermeiro como <i>expert</i>³</p>
3) Relação terapêutica	<p>7. Qual o <u>papel</u> que o <u>enfermeiro</u> deve assumir na relação terapêutica para aumentar a adesão da pessoa com EAM ao regime terapêutico?</p> <p>Exemplifique.</p>	<p>Papel do enfermeiro: prescritor, supervisor ou mediador</p> <p>Papel da pessoa com EAM: sujeito passivo, activo ou parceiro dos cuidados⁴</p> <p>- Pareceria na relação terapêutica</p> <p><i>Empowerment</i>⁵</p>
4. Educação para a saúde	<p>8. No seu dia-a-dia, quando cuida de pessoas com EAM, que <u>estratégias</u> promove para aumentar a adesão ao regime terapêutico?⁶</p>	<p>Modelos de educação para a saúde⁷</p> <p>Actividades de educação</p>
Estratégias de adesão		

³ Actualização continua de conhecimentos, desenvolvimento de sensibilidade para questões humanas, sentido de visão estratégica, elevado conhecimento de questões sociais e políticas (Rodrigues *et al*, 2005)

⁴ Cada perspectiva reflecte a definição dos conceitos *compliance*, *adherence* e *therapeutic alliance*.

⁵ Para Rodrigues *et al* (2005, pp. 90) *empowerment* significa “promover a mudança individual, proporcionando às pessoas informações sobre recursos, informação e competências que as pessoas utilizarão para mudar as vidas”. Na promoção da saúde a teoria do *empowerment* “visa tornar os utentes mais desfavorecidos cada vez menos dependentes e cada vez mais capazes de tomarem decisões sobre as suas vidas, tendo em vista estilos de vida saudáveis e a criação de situações favoráveis à mudança social” (Rodrigues *et al*, 2005, pp. 95).

⁶ Esta pergunta está relacionada com dois itens do questionário: *Ajudar as pessoas a mobilizarem-se em torno de um objectivo* e *Promover espaços de aprendizagem*

- <i>Empowerment</i>	Exemplifique.	para a saúde ⁸ Estratégias comunicacionais (motivação) Estratégias de <i>self-management</i> Estratégias de transmissão, reforço e validação da informação ⁹ Aprendizagem em grupo ¹⁰ Suporte social ¹¹
5. Factores individuais, profissionais e contextuais de adesão	9. No seu dia-a-dia, quais as condições que considera essenciais estarem reunidas para aumentar a adesão das pessoas com EAM ao regime terapêutico? Responda tendo em conta três níveis: o individual, o profissional e o contextual (serviço)	Motivação/satisfação profissional Formação contínua Encaminhamento pós-alta (canais de comunicação entre hospital e comunidade) Comunicação interdisciplinar

⁷ Informativo, persuasivo-motivacional e político-económico-ecológico (Rodrigues *et al*, 2005)

⁸ Educação da pessoa, transmissão de informação, aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis, incentivar participação da pessoa/família (Latter *et al*, 1992)

⁹ Sessões de educação formais (palestras, apresentação de vídeos educacionais), distribuição de manuais, panfletos, etc...

¹⁰ Partilha de estratégias de adaptação à doença, histórias de sucesso, de sentimentos e emoções

¹¹ Articulação hospital-comunidade, supervisão a partir do hospital (contactos telefónicos, envolvimento das pessoas significativas na tomada de decisão)

Apêndice 6

Testes estatísticos

Apêndice 6.1

T-Test

Group Statistics					
	Gênero	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Fact Fisiológicos	Feminino	101	4,4488	,60265	,05997
	Masculino	36	4,4722	,52478	,08746
Fact Comportpsico	Feminino	102	4,2827	,44978	,04454
	Masculino	36	4,0787	,51561	,08593
Fact Ambietosociais	Feminino	100	3,1100	,72104	,07210
	Masculino	35	3,0800	,79291	,13403

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Fact Fisiológicos	Equal variances assumed	,929	,337	-,206	135	,837	-,02338	,11326	-,24736	,20061
	Equal variances not assumed			-,220	70,208	,826	-,02338	,10605	-,23487	,18811
Fact Comportpsico	Equal variances assumed	,006	,940	2,250	136	,026	,20398	,09065	,02471	,38324
	Equal variances not assumed			2,107	54,951	,040	,20398	,09679	,01000	,39795
Fact Ambietosociais	Equal variances assumed	,487	,487	,206	133	,837	,03000	,14535	-,25749	,31749
	Equal variances not assumed			,197	54,948	,844	,03000	,15219	-,27500	,33500

Apêndice 6.2

T-Test

Group Statistics					
	Categoria Profissional	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Factradicionais3	Enfermeiro	82	4,0157	,67680	,07474
	Graduado	47	3,9574	,68312	,09964
Factpsicosocioambientais3	Enfermeiro	85	2,2309	,63753	,06915
	Graduado	49	2,5612	,85776	,12254

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Fact tradicionais3	Equal variances assumed	,020	,887	,469	127	,640	,05823	,12424	-,18762	,30408
	Equal variances not assumed			,468	95,206	,641	,05823	,12456	-,18904	,30550
Fact psicosocioambientais3	Equal variances assumed	8,418	,004	-2,539	132	,012	-,33034	,13011	-,58772	-,07297
	Equal variances not assumed			-2,348	78,868	,021	-,33034	,14070	-,61041	-,05027

Apêndice 6.3

T-Test

Group Statistics					
	Genero	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Intergrupo5	Feminino	95	3,2165	,78270	,08030
	Masculino	36	2,8770	,87074	,14512
Factrisco5	Feminino	104	4,4263	,64605	,06335
	Masculino	37	4,0811	,73032	,12006
Intercomunit5	Feminino	98	2,5068	,73019	,07376
	Masculino	37	2,2928	,79291	,13035
Intersuport5	Feminino	103	3,0583	,98842	,09739
	Masculino	37	2,8649	,89480	,14711

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Intergrupo5	Equal variances assumed	1,446	,231	2,148	129	,034	,33956	,15805	,02686	,65226
	Equal variances not assumed			2,047	57,700	,045	,33956	,16586	,00752	,67160
Factrisco5	Equal variances assumed	,025	,875	2,696	139	,008	,34520	,12804	,09204	,59836
	Equal variances not assumed			2,543	57,284	,014	,34520	,13575	,07339	,61701
Intercomun5	Equal variances assumed	1,193	,277	1,483	133	,140	,21401	,14427	-,07135	,49937
	Equal variances not assumed			1,429	60,444	,158	,21401	,14978	-,08554	,51356
Intersuport5	Equal variances assumed	,181	,672	1,046	138	,298	,19339	,18493	-,17228	,55906
	Equal variances not assumed			1,096	69,746	,277	,19339	,17642	-,15850	,54527

Apêndice 6.4**T-Test**

Group Statistics					
	Gênero	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Intercomunid6	Feminino	99	3,6629	,81918	,08233
	Masculino	36	3,3438	,81852	,13642
Educsaude6	Feminino	94	4,0878	,61342	,06327
	Masculino	37	3,7196	,69871	,11487
Estilosaudaveis6	Feminino	104	4,6178	,50956	,04997
	Masculino	37	4,3378	,76425	,12564

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Intercomunid6	Equal variances assumed	,077	,781	2,002	133	,047	,31913	,15940	,00384	,63442
	Equal variances not assumed			2,003	62,192	,050	,31913	,15934	,00063	,63762
Educsaude6	Equal variances assumed	,543	,462	2,972	129	,004	,36817	,12389	,12305	,61330
	Equal variances not assumed			2,807	59,053	,007	,36817	,13114	,10577	,63058
Estilosaudaveis6	Equal variances assumed	8,210	,005	2,495	139	,014	,27995	,11222	,05807	,50183
	Equal variances not assumed			2,070	47,869	,044	,27995	,13521	,00807	,55184

Apêndice 6.5

T-Test

Group Statistics					
	Categoria Profissional	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Intercomunid6	Enfermeiro	86	3,6773	,71370	,07696
	Graduado	48	3,3776	,97560	,14082
Educsaude6	Enfermeiro	82	4,0686	,57439	,06343
	Graduado	48	3,8333	,76767	,11080
Estilosaudaveis6	Enfermeiro	89	4,6376	,50143	,05315
	Graduado	51	4,3824	,71651	,10033

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
									Lower Upper
Intercomunid6	Equal variances assumed	8,952	,003	2,037	132	,044	,29972	,14713	,00868 ,59077
	Equal variances not assumed			1,868	75,544	,066	,29972	,16047	-,01992 ,61936
Educsaude6	Equal variances assumed	5,178	,025	1,985	128	,049	,23526	,11850	,00079 ,46974
	Equal variances not assumed			1,843	77,992	,069	,23526	,12767	-,01892 ,48945
Estilosaudaveis6	Equal variances assumed	10,296	,002	2,470	138	,015	,25529	,10336	,05092 ,45965
	Equal variances not assumed			2,248	78,491	,027	,25529	,11354	,02927 ,48131

NParTests**Kruskal-Wallis Test**

Ranks			
	Categoria Profissional	N	Mean Rank
Intercomunid6	Enfermeiro	86	72,07
	Graduado	48	59,31
	Total	134	
Educsaude6	Enfermeiro	82	69,87
	Graduado	48	58,04
	Total	130	
Estilosaudaveis6	Enfermeiro	89	75,33
	Graduado	51	62,07
	Total	140	

Test Statistics^{a,b}			
	Intercomunid6	Educsaude6	Estilosaudaveis6
Chi-Square	3,339	3,000	4,005
Df	1	1	1
Asymp. Sig.	,068	,083	,045

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Categoria Profissional

Apêndice 6.6

Valores dos coeficientes de alpha Cronbach e pesos factoriais das escalas e sub-escalas					
Escala	Nº. de itens	α	Peso factorial mínimo	Peso factorial máximo	Item retirado
Crenças					
<i>Determinantes da saúde:</i>	15	0.86			-
Factores sócio-ambientais	5	0.88	0.70	0.89	24
Factores fisiológicos	3	0.92	0.86	0.90	-
Factores comportamentais e psicológicos	6	0.82	0.50	0.80	-
Confiança					
<i>Determinantes da saúde:</i>	15	0.92			-
Factores sócio-ambientais	5	0.91	0.64	0.90	43
Factores fisiológicos/comportamentais	6	0.91	0.69	0.87	-
Factores psicológicos	3	0.85	0.68	0.84	-
Acção prévia					
<i>Determinantes da saúde:</i>	15	0,91			-
Factores de risco tradicionais da doença cardíaca	7	0,92	0.62	0.89	-
Factores de risco psicossociais e ambientais	8	0,89	0.49	0.92	-
<i>Estratégias de acção para a promoção da saúde (Carta de Ottawa)</i>	5	0,71	-	-	-
<i>Acções de promoção da saúde:</i>	20	0,91			-
Intervenção em grupo	7	0,87	0.53	0.77	-
Intervenção nos factores de risco	3	0,83	0.89	0.93	90
Intervenção comunitária	6	0,81	0.50	0,79	-
Intervenção suportada e sustentada	2	0,77	0.77	0.53	84
Desejo de intervenção no futuro					
<i>Acções de promoção da saúde:</i>	20	0,95			-
Intervenção de ligação à comunidade	8	0,93	0.61	0.86	-
Estratégias de educação para a saúde	8	0,91	0.58	0.76	-
Promoção de estilos de vida saudáveis	3	0,98	0.93	0.94	110

